

VNiVERSiDAD D SALAMANCA



TESIS DOCTORAL
(TESE DE DOUTORAMENTO)

BURNOUT E VALORES EM ENFERMAGEM

VITOR MANUEL FERNANDES SOARES

Salamanca, 2007

VNiVERSiDAD D SALAMANCA

TESE DE DOUTORAMENTO

BURNOUT E VALORES EM ENFERMAGEM

Autor

Vítor Manuel Fernandes Soares

O orientador

Doutor Luis González Fernández

SALAMANCA, 2007

Agradecimentos

À vida

À Paula por estar na minha vida e por todo o apoio dado

Aos meus irmãos pelo significado que dão à minha vida

Aos meus pais pela vida e pelo amor que sempre me souberam dar

A todas as instituições e pessoas que contribuíram para a realização deste estudo

Ao Instituto Piaget e aos meus ex-alunos do curso de enfermagem de 1998-2001 da Escola Superior de Saúde Jean Piaget de Macedo de Cavaleiros

À enfermeira Elisa Meira Cruz da sub-região de saúde de Bragança por toda a disponibilidade e esclarecimentos prestados

Ao Professor Luis González Fernández, pelo profissionalismo, rigor e espírito crítico com que sempre interviu na orientação deste trabalho

O objectivo geral deste estudo é investigar se os valores para o trabalho têm um carácter preditivo sobre o burnout. Com base na revisão bibliográfica, desenvolveu-se um desenho metodológico de que decorreram as relações hipotetizadas entre os valores para o trabalho de ordem superior preconizados pelo EVAT30, o burnout (MBI), os dados pessoais, os dados profissionais e um conjunto de doze stressores. A amostra desta investigação integra 1100 profissionais de enfermagem a exercerem funções em unidades de cuidados de saúde primários e diferenciados do sector público ou privado das regiões norte e centro de Portugal, tendo os dados sido recolhidos através de um questionário de administração directa. Os resultados obtidos indicam que o cansaço emocional se relaciona com uma menor abertura à mudança e uma maior orientação para a autopromoção e conservadorismo, a realização pessoal está associada positivamente com a autotranscendência e a abertura à mudança e negativamente com a autopromoção, e a despersonalização se relaciona de um modo positivo com a autopromoção e o conservadorismo, e negativo com a autotranscendência e a abertura à mudança.

Palavras-chave: valores, trabalho, enfermagem, burnout, stressores, dados pessoais, dados profissionais.

El objetivo general de este estudio es investigar si los valores hacia el trabajo tienen un carácter predictivo sobre el burnout. Con base en la revisión bibliográfica, se desarrolló un dibujo metodológico de que derivaron las relaciones hipotetizadas entre los valores hacia el trabajo de orden superior del EVAT30, el burnout (MBI), los datos personales, los datos profesionales y un conjunto de doce stressores. La muestra de esta averiguación integra 1100 profesionales de enfermería a ejercer funciones en unidades de atenciones de salud primarios y diferenciados del sector público o privado de las regiones norte y centro de Portugal, teniendo los datos sido recogidos a través de un cuestionario de administración directa. Los resultados logrados indican que el cansancio emocional se relaciona con una menor apertura al cambio y una mayor orientación para el auto engrandecimiento y a conservación, a realización personal está asociada positivamente con el auto trascender y a apertura al cambio y negativamente con el auto engrandecimiento, y a despersonalización se relaciona de un modo positivo con el auto engrandecimiento y a conservación, y negativo con el auto trascender y a apertura al cambio.

Palabras-clave: valores, trabajo, enfermería, burnout, stressores, datos personales, datos profesionales.

The aim of this study was to investigate the predictiv value of burnout on work related values. Based upon a bibliografical review, a methodological design was developped from which resulted the hipotetical relationships between work related values advocated in EVAT30, burnout (MBI), personal and professional data and a set of twelve strainers. The sample of this investigation includes 1100 nursing professionals working on primary and differentiated health care units from private and public areas in north and center of Portugal. The data were collected from a self-reported questionnaire. The results indicate that the emotional exhaustion is related with a lower openness to change and a higher self-enhancement and conservatism and that personal accomplishment is positively linked to self-transcendence and to openness to chang and negatively linked to self-enhancement. The results show also that depersonalization is positively linked with self-enhancement and conservatism, and negatively with self-transcendence and openness to change.

Key words: values, work, nursing, burnout, strainers, personal data, professional data.

Índice de tabelas	XIV
Índice de gráficos	XIX
Índice de figuras	XXII

CAPÍTULO 1 - INTRODUÇÃO

1.1. Enquadramento do problema.....	1
1.2. Objectivos e conceptualização da investigação.....	2
1.2.1. Objectivo geral.	2
1.2.2. Objectivos específicos	3
1.3. Fases da investigação.....	3
1.4. Estrutura da investigação.....	4

CAPÍTULO 2 – PERSPECTIVA HISTÓRICA DOS VALORES

2.1. Perspectiva histórica dos valores.....	7
2.1.1. Teses axiológicas.....	7
2.1.1.1. Abordagens axiológicas subjectiva, objectiva e situacionista.....	9
2.1.2. Teses humanistas.....	13
2.1.2.1. Abordagem antropológica.....	16
2.1.2.2. Abordagem sociológica.....	18
2.1.2.3. Abordagem psico-sociológica.....	23
2.1.2.4. Abordagem psicológica.....	26
2.2. Teoria do conteúdo e estrutura dos valores em Schwartz.....	33
2.2.1. Tipologia de conteúdo e estrutura das relações entre valores.....	35
2.2.1.1 Derivação de uma tipologia de conteúdo dos valores.....	35
2.2.1.2. Derivação da estrutura de relações entre valores.....	39
2.2.2. Universalidade dos tipos motivacionais.....	42
2.2.3. Conflitos e compatibilidades dos dez tipos motivacionais.....	48
2.2.3.1. Tipos de valor de ordem superior.....	50
2.3. Tipos de cultura e organizações.....	51
2.3.1. A teoria de valores culturais de Schwartz.....	52
2.3.1.1. Os três problemas com que se confrontam todas as sociedades.....	53

2.3.1.2. Estrutura de relações entre valores.....	56
2.3.1.3. Validação da teoria.....	58
2.3.1.4. Comparação de diferentes culturas.....	59
2.3.2. Culturas individualistas e colectivistas.....	60
2.3.3. Cultura organizacional: perspectivas, modelos e definições.....	67
2.3.3.1. A cultura como variável de uma organização.....	70
2.3.3.2. A cultura como metáfora organizacional.....	73
2.3.4. Estudo dos valores organizacionais.....	74
2.3.4.1. Valores profissionais ao nível individual.....	75
2.3.4.2. Valores profissionais ao nível grupal.....	76
2.3.4.3. Valores profissionais ao nível organizacional.....	77
2.3.4.4. Valores para o trabalho.....	78

CAPÍTULO 3 – OS CONCEITOS DE STRESS E BURNOUT

3.1. O conceito de stress.....	91
3.1.1. Teorias e modelos explicativos do stress.....	91
3.1.1.1. Teorização do stress de Cannon e Seyle.....	92
3.1.1.2. Teorias ambientalistas.....	93
3.1.1.3. Teoria da adaptação pessoa-ambiente.....	94
3.1.1.4. Modelo das exigências e controlo laborais.....	95
3.1.1.5. Teorias transacionais.....	96
3.1.1.6. Modelo de stress ocupacional de Cartwright e Cooper.....	107
3.1.1.7. Modelo de stress das exigências e recursos no trabalho.....	111
3.1.2. Consequências do stress ocupacional.....	112
3.1.2.1. Consequências do stress ocupacional ao nível do indivíduo.....	113
3.1.2.2. Consequências do stress ocupacional ao nível da organização.....	114
3.1.3. Distinção dos conceitos de stress ocupacional e de burnout.....	114
3.2. A síndrome de burnout.....	117
3.2.1. Estudo do burnout.....	118
3.2.1.1. Delimitação conceptual do burnout.....	119
3.2.2. Etiologia do burnout.....	128
3.2.2.1. Teorias sociocognitivas do eu.....	129
3.2.2.2. Teorias de troca social.....	132
3.2.2.3. Teorias organizacionais.....	133

3.2.3. Definição do burnout	137
3.2.4. Considerações do burnout enquanto estado e processo	140
3.2.4.1. Consideração do burnout como estado	140
3.2.4.2. Consideração do burnout como processo	148
3.2.5. Variáveis predictoras e consequentes do burnout.....	153
3.2.5.1. Variáveis predictoras ao nível profissional.	155
3.2.5.2. Variáveis predictoras ao nível pessoal	159
3.2.5.3. Variáveis consequentes ao nível profissional.....	168
3.2.5.4. Variáveis consequentes ao nível pessoal	169
CAPÍTULO 4 – VALORES, STRESS E BURNOUT EM ENFERMAGEM	
4.1. Profissionalização e globalização dos serviços de saúde	173
4.1.1. Abordagem histórica da profissionalização dos cuidados de enfermagem	173
4.1.2. O conceito de enfermagem	176
4.1.3. A globalização e a reestruturação dos sistemas de saúde.....	177
4.1.3.1. Consequências para a enfermagem da globalização e reestruturação dos sistemas de saúde.....	178
4.2. Abordagem teórica dos valores em enfermagem	179
4.2.1. Moral, ética e valores em enfermagem.....	181
4.2.2. Valores em enfermagem	185
4.2.2.1. Os Valores orientadores da enfermagem.....	187
4.2.3. Abordagem das novas teorizações em enfermagem.....	199
4.2.3.1. O relativismo moral das novas teorias de enfermagem.....	201
4.2.3.2. Abordagem transcultural da enfermagem de Kikuchi.....	202
4.2.4. A educação e a prática de enfermagem	545
4.2.4.1. A enfermagem aos níveis da clínica, formação, gestão e investigação ...	204
4.2.5. A Relação dos valores em enfermagem com outras variáveis	209
4.2.5.1. Valores e satisfação no trabalho	209
4.2.5.2. Valores para o trabalho em enfermagem.....	210
4.3. Abordagem teórica do stress em enfermagem.....	211
4.3.1. Globalização e stress em enfermagem.....	212
4.3.2. Estruturas organizacionais e stress	212
4.3.3. Stressores em enfermagem	212
4.3.3.1. Stressores contextuais da saúde.....	213

4.3.3.2. Stressores pessoais.....	214
4.3.3.3. Stressores interpessoais	215
4.3.3.4. Stressores curriculares	217
4.3.3.5. Stressores organizacionais.....	218
4.3.4. Consequências do stress em enfermagem.	219
4.3.5. Técnicas de redução de stress.....	220
4.3.5.1. Resposta e prevenção do stress em enfermagem.....	221
4.4. O burnout em enfermagem.	224
4.4.1. Contextualização do burnout em enfermagem	226
4.4.2. Variáveis que contribuem para o burnout em enfermagem.....	228
4.4.2.1. Variáveis interpessoais.	228
4.4.2.2. Variáveis pessoais.	229
4.4.2.3. Relação do burnout com outras variáveis.....	229
4.4.3. Consequências do burnout.....	231
4.4.4. Burnout e estratégias de coping.....	233
4.5. Relação dos valores com o stress e o burnout	233
4.5.1. Relação dos valores com o burnout em enfermagem (1º Estudo).....	236
4.5.2. Relação dos valores com o burnout em profissionais de saúde (2º Estudo)... 237	
4.5.3. Relação dos valores com o stress e o burnout em enfermagem (3º Estudo) .. 238	
4.5.4. Relação dos valores com o stress em diferentes profissões (4º Estudo)	240
4.5.5. Relação dos valores com o burnout em medicina (5º Estudo)	240
4.5.6. Relação dos valores com outras variáveis	244
4.5.6.1. Valores individuais e respostas afectivas	244
4.5.6.2. Valores e bem-estar	245

CAPÍTULO 5 – BURNOUT E VALORES EM ENFERMAGEM

5.1. Desenho metodológico em que assentam as hipóteses.....	249
5.2. Modelo teórico das hipóteses da investigação.....	249
5.2.1. Pressupostos teóricos para a Hipótese H01	250
5.2.1.1. Sub-hipóteses para H01	252
5.2.2. Pressupostos teóricos para a Hipótese H02	252
5.2.2.1. Sub-hipóteses para H02	252
5.2.3. Pressupostos teóricos para a Hipótese H03	254
5.2.3.1. Sub-hipóteses para H03	255

5.2.4. Pressupostos teóricos para a Hipótese H04	256
5.2.4.1. Sub-hipóteses para H04	260
5.2.5. Pressupostos teóricos para a Hipótese H05	260
5.2.5.1. Sub-hipóteses para H05	261
5.2.6. Pressupostos teóricos para a Hipótese H06	261
5.2.6.1. Sub-hipóteses para H06	262
5.2.7. Pressupostos teóricos para a Hipótese H07	263
5.2.7.1. Sub-hipóteses para H07	263
5.2.8. Pressupostos teóricos para a Hipótese H08	265
5.2.9. Pressupostos teóricos para a Hipótese H09	266
 CAPÍTULO 6 - METODOLOGIA	
6.1. Plano de amostragem.....	267
6.1.1. Definição do universo.....	267
6.1.2. População do estudo.....	268
6.1.3. Amostra do estudo.....	270
6.1.3.1. Caracterização univariada da amostra	271
6.1.3.2. Caracterização bivariada da amostra	280
6.2. Instrumentos usados e sua fiabilidade	293
6.2.1. Escala de Valores para o Trabalho (EVAT30).....	293
6.2.1.1. Construção do EVAT30	293
6.2.2. Inventário de Burnout de Maslach (MBI).	301
6.2.2.1. Construção do MBI	301
6.3. Procedimentos	307
6.3.1. Aplicação dos questionários	308
6.3.2. Recolha e tratamento dos dados	309
 CAPÍTULO 7 – ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	
7.1. Análise univariada do EVAT30, MBI e Stressores.....	311
7.1.1. Dimensões da escala EVAT30	311
7.1.2. Dimensões do MBI.....	312
7.1.3. Stressores.....	314
7.2. Validação dos instrumentos usados na investigação	317
7.2.1. Análise do EVAT30	317

7.2.1.1. Multidimensional Scaling (Alscal) para as 30 variáveis do EVAT30.....	318
7.2.1.2. Análise Factorial de Componentes Principais para dez factores (EVAT30)	320
7.2.1.3. Análise Factorial de Componentes Principais para seis factores (EVAT30)	326
7.2.1.4. Análise Factorial de Componentes Principais para quatro factores (EVAT30).....	330
7.2.2. Análise do MBI	337
7.2.2.1. Multidimensional Scaling (Alscal) para as 22 variáveis (MBI).....	337
7.2.2.2. Análise Factorial de Componentes Principais (MBI).....	339
7.2.2.3. Análise da fiabilidade de cada um dos três factores.....	343
7.2.2.4. Conclusão das análises factorial e de fiabilidade dos três factores	345
7.2.2.5. Construção das dimensões de MBI	345
7.3. Tratamento das hipóteses.....	346
7.3.1. Análise da hipótese H01	346
7.3.1.1. Análise da hipótese H01a	349
7.3.1.2. Análise da hipótese H01b	351
7.3.1.3. Análise da hipótese H01c	352
7.3.1.4. Análise da hipótese H01d	353
7.3.2. Análise da hipótese H02	354
7.3.2.1. Análise da hipótese H02a	354
7.3.2.2. Análise da hipótese H02b	361
7.3.2.3. Análise da hipótese H02c	365
7.3.3. Análise da hipótese H03	370
7.3.3.1. Análise da hipótese H03a	370
7.3.3.2. Análise da hipótese H03b	375
7.3.3.3. Análise da hipótese H03c	380
7.3.3.4. Análise da hipótese H03d	385
7.3.3.5. Análise da hipótese H03e	390
7.3.4. Análise da hipótese H04	394
7.3.4.1. Análise da hipótese H04a	395
7.3.4.2. Análise da hipótese H04b	400
7.3.4.3. Análise da hipótese H04c	405
7.3.5. Análise da hipótese H05	409

7.3.5.1. Análise da hipótese H05a	410
7.3.5.2. Análise da hipótese H05b	414
7.3.5.3. Análise da hipótese H05c	419
7.3.5.4. Análise da hipótese H05d	423
7.3.5.5. Análise da hipótese H05e	428
7.3.6. Análise da hipótese H06	433
7.3.6.1. Análise da hipótese H06a	433
7.3.6.2. Análise da hipótese H06b	438
7.3.6.3. Análise da hipótese H06c	442
7.3.7. Análise da hipótese H07	446
7.3.7.1. Análise da hipótese H07a e da hipótese H07b	446
7.3.7.2. Análise da hipótese H07c	451
7.3.7.3. Análise da hipótese H07d	455
7.3.7.4. Análise da hipótese H07e	459
7.3.8. Análise da hipótese H08	464
7.3.9. Análise da hipótese H09	467
7.4. Análise da relação entre a variável dependente (MBI) e as restantes variáveis	469
7.4.1. Modelo de regressão linear entre a variável dependente Y=MBI e as restantes variáveis.....	470
7.4.1.1. Formulação do Modelo.....	470
7.4.1.2. Estimação dos Parâmetros do Modelo.....	471
7.4.1.3. Método dos Mínimos Quadráticos	472
7.4.1.4. Variância do Termo de Erro	473
7.4.1.5. Qualidade do ajuste linear obtido: Coeficiente de Determinação (r^2)	474
7.4.1.6. Comparação da qualidade do ajuste linear com dois modelos: Coeficiente de Determinação Ajustado (ra^2)	475
7.4.2. Regressão linear múltipla para o Factor 1 do MBI (cansaço emocional).....	475
7.4.2.1. Variáveis que contribuem de forma mais significativa para o modelo ...	477
7.4.2.2. Optimização do modelo obtido, removendo as variáveis não significativas	478
7.4.3. Regressão linear múltipla para o Factor 2 do MBI.....	480
7.4.3.1. Variáveis que contribuem de forma mais significativa para o modelo ...	481
7.4.3.2. Optimização do modelo obtido, removendo as variáveis não significativas	482

7.4.4. Regressão linear múltipla para o Factor 3 do MBI.....	484
7.4.4.1. Variáveis que contribuem de forma mais significativa para o modelo ...	485
7.4.4.2. Optimização do modelo obtido, removendo as variáveis não significativas	486
 CAPÍTULO 8 – CONCLUSÕES PRÁTICAS	
8.1. Conclusão acerca da análise dos dados pessoais, profissionais e stressores	489
8.2. Conclusão acerca da validação do EVAT30 e do MBI.....	494
8.3. Resumo das hipóteses da investigação	496
8.3.1. Resumo do estudo das hipóteses entre o EVAT30 e o MBI: (H01).....	497
8.3.2. Resumo do estudo das hipóteses entre os dados profissionais e o MBI: (H02)	498
8.3.3. Resumo do estudo das hipóteses entre os dados pessoais e o MBI: (H03)	499
8.3.4. Resumo do estudo das hipóteses entre os dados profissionais e os stressores: (H04).....	501
8.3.5. Resumo do estudo das hipóteses entre os dados pessoais e os stressores: (H05)	503
8.3.6. Resumo do estudo das hipóteses entre os dados profissionais e os valores (EVAT30): (H06)	505
8.3.7. Resumo do estudo das hipóteses entre os dados pessoais e os valores (EVAT30): (H07)	506
8.3.8. Resumo do estudo da hipótese entre os valores (EVAT30) e os stressores: (H08).....	507
8.3.9. Resumo do estudo da hipótese entre o burnout (MBI) e os stressores: (H09)	509
8.4. Síntese dos modelos de correlações e dos valores de prova.....	511
8.4.1. Modelo de correlações e valores de prova entre o MBI, EVAT30, Dados Pessoais e Dados Profissionais	511
8.4.1.1. Relação entre valores (EVAT30) e burnout (MBI)	511
8.4.1.2. Relação dos dados profissionais e pessoais com o burnout (MBI)	513
8.4.1.3. Relação dos dados profissionais e pessoais com os valores (EVAT30)..	516
8.4.2. Modelo de correlações e valores de prova entre os Stressores, MBI, EVAT30, Dados Pessoais e Dados Profissionais	518
8.4.2.1. Relação dos stressores com o burnout (MBI).....	518
8.4.2.2. Relação dos stressores com os valores (EVAT30).....	520

8.4.2.3. Relação dos dados pessoais e profissionais com os stressores	520
8.5. Resumo da regressão linear	522
8.5.1. Comentário dos coeficientes do modelo do cansaço emocional	522
8.5.2. Comentário dos coeficientes do modelo da realização pessoal	523
8.5.3. Comentário dos coeficientes do modelo da despersonalização	523
8.5.4. Conclusão da regressão linear.	524
 CAPÍTULO 9 – CONCLUSÕES GERAIS	
9.1. Conclusão geral sobre o enquadramento teórico.....	527
9.1.1. Conclusão da revisão bibliográfica acerca dos valores	527
9.1.2. Conclusão da revisão bibliográfica acerca do burnout.....	529
9.1.3. Conclusão da revisão bibliográfica acerca da relação dos valores com o burnout em enfermagem.	530
9.2. Conclusão geral sobre o enquadramento experimental.	531
9.3. Conclusão geral sobre o enquadramento prático.....	531
9.4. Limitações do estudo	534
9.5. Sugestões para futuras investigações.....	535
9.6. Aplicações do estudo no âmbito da enfermagem	536
9.6.1. Minimização do burnout através do conhecimento dos valores para o trabalho	538
9.6.1.1. Intervenções ao nível do burnout.....	538
9.6.1.2. Intervenções ao nível dos valores para o trabalho.....	540
9.7. Aplicações do estudo no âmbito das instituições de saúde	542
 Referências bibliográficas	545
Anexos.....	595

Índice de tabelas

Tabela 1 - Tipos motivacionais de valores (adaptado de Schwartz, 1992)	38
Tabela 2 - Amostras de 44 países com indicação do número de passos para o ajuste ideal (adaptado de Schwartz, 1992)	43
Tabela 3 - Organização de cada tipo de valor em termos de regiões diferenciadas ou conjuntas (adaptado de Schwartz, 1992)	46
Tabela 4 - Projecção empírica das percentagens de cada valor em relação às regiões de cada tipo motivacional (adaptado de Schwartz e Sagiv, 1995)	47
Tabela 5 - Desencadeadores e facilitadores do burnout (adaptado de Gil-Monte e Peiró, 1997)	128
Tabela 6 - Fases e pontuações do burnout nas subescalas do MBI (Adaptado de Golembiewski e Munzenrider, 1984a)	135
Tabela 7 - Revisão bibliográfica de alguns instrumentos para medir o burnout (adaptado de Fayos, Soler & Montalvo, 1997)	144
Tabela 8 – Relação dos valores pessoais e profissionais com o burnout	242
Tabela 9 - Correlações de Pearson do MBI com os valores pessoais	243
Tabela 10 - Distribuição dos enfermeiros por sexo	268
Tabela 11 - Distribuição nacional dos enfermeiros por distrito	269
Tabela 12 - Distribuição dos enfermeiros por especialidade	269
Tabela 13 - Distribuição da amostra dos enfermeiros por especialidade	271
Tabela 14 - Distribuição por nacionalidade	272
Tabela 15 - Distribuição por sexo (género)	272
Tabela 16 - Distribuição por estado civil	273
Tabela 17 - Distribuição por número de filhos	274
Tabela 18 - Distribuição por faixa etária	274
Tabela 19 - Distribuição por grau de escolaridade	275
Tabela 20 - Distribuição por instituição	276
Tabela 21 - Distribuição por serviço	276
Tabela 22 - Distribuição por categoria profissional	277
Tabela 23 - Distribuição por tempo de serviço	278
Tabela 24 - Distribuição por especialidade	279
Tabela 25 - Estatística descritiva dos itens do EVAT30 (adaptado de Arciniega e González, 2000)	298
Tabela 26 - Modelo alternativo ao EVAT30 (adaptado de Arciniega e González, 2000)	299
Tabela 27 - Estatística descritiva do MBI em Espanha (adaptado de TEA Edições, 1997)	305
Tabela 28 - Estatística indutiva do MBI (adaptado de TEA Edições, 1997)	306
Tabela 29 - Estatística dos factores do EVAT30	311
Tabela 30 - Estatística dos factores do MBI	312
Tabela 31 - Frequência absoluta de cada um dos stressores	314
Tabela 32 - Estatística dos stressores	315
Tabela 33 - Estatística dos stressores já hierarquizados	317
Tabela 34 - Grau de proximidade entre os itens do EVAT30	318
Tabela 35 - Resultados da análise do teste KMO e Bartlett's para os dez factores do EVAT30	320
Tabela 36 - Medida de adequação da amostra para os dez factores do EVAT30	320
Tabela 37 - Explicação da variância total para os dez factores do EVAT30	321

Tabela 38 - Matriz rodada pelo método Promax para os dez factores do EVAT30	323
Tabela 39 - Explicação da variância total para seis factores do EVAT30	326
Tabela 40 - Matriz rodada pelo método Promax para seis factores do EVAT30	328
Tabela 41 - Resultados da análise do teste KMO e Bartlett's para os quatro factores do EVAT30	330
Tabela 42 - Explicação da variância total para quatro factores do EVAT30 (a partir de 22 variáveis)	331
Tabela 43 - Matriz rodada pelo método Promax para quatro factores do EVAT30 (a partir de 22 variáveis)	332
Tabela 44 - Estatísticas de fiabilidade do factor 1	334
Tabela 45 - Estatísticas de fiabilidade do factor 2	334
Tabela 46 - Estatísticas de fiabilidade do factor 3	335
Tabela 47 - Estatísticas de fiabilidade do factor 4	335
Tabela 48 - Indexação da fiabilidade à eliminação de itens do factor 4	335
Tabela 49 - Itens resultantes da reconstrução do EVAT30	336
Tabela 50 - Estatística dos factores do EVAT30	337
Tabela 51 - Grau de proximidade entre os itens do MBI	338
Tabela 52 - Resultados da análise do teste KMO e Bartlett's para o MBI	339
Tabela 53 - Explicação da variância total para quatro factores do MBI	340
Tabela 54 - Matriz rodada pelo método Promax para quatro factores do MBI	341
Tabela 55 - Explicação da variância total para três factores do MBI	342
Tabela 56 - Matriz rodada pelo método Promax para três factores do MBI	343
Tabela 57 - Estatísticas de fiabilidade do cansaço emocional	344
Tabela 58 - Estatísticas de fiabilidade da realização pessoal	344
Tabela 59 - Estatísticas de fiabilidade da despersonalização	345
Tabela 60 - Itens do MBI	345
Tabela 61 - Estatística dos factores do MBI	345
Tabela 62 - Observação da normalidade da distribuição através do teste K-S (H01)	347
Tabela 63 - Validação das hipóteses pelo cálculo do coeficiente de correlação de Spearman (H01)	348
Tabela 64 - Recodificação das categorias profissionais (H02a)	355
Tabela 65 - Teste da homogeneidade de variâncias (H02a)	356
Tabela 66 - Teste Anova a três factores (MBI) para H02a	357
Tabela 67 - Estudo da normalidade das distribuições das categorias profissionais (teste K-S) para H02a	358
Tabela 68 - Resultados do Teste de Kruskal-Wallis (H02a)	358
Tabela 69 - Teste da homogeneidade de variâncias (H02b)	361
Tabela 70 - Teste Anova a três factores (MBI) para H02b	362
Tabela 71 - Estudo da normalidade das distribuições das especialidades (teste K-S) para H02b	363
Tabela 72 - Resultados do Teste de Kruskal-Wallis (H02b)	363
Tabela 73 - Recodificação do tempo de serviço (H02c)	366
Tabela 74 - Teste da homogeneidade de variâncias (H02c)	366
Tabela 75 - Teste Anova a três factores (MBI) para H02c	367
Tabela 76 - Estudo da normalidade das distribuições do tempo de serviço (teste K-S) para H02c	367
Tabela 77 - Resultados do Teste de Kruskal-Wallis (H02c)	368
Tabela 78 - Teste <i>t</i> de Student para o cruzamento do MBI com o sexo (H03a)	371
Tabela 79 - Estudo da normalidade das distribuições do sexo (teste K-S) para H03a	372
Tabela 80 - Teste de Mann-Whitney para o cruzamento do MBI com o sexo (H03a)	373

Tabela 81 - Recodificação do estado civil (H03b)	376
Tabela 82 - Teste da homogeneidade de variâncias (H03b)	376
Tabela 83 - Teste Anova a três factores (MBI) para H03b	377
Tabela 84 - Estudo da normalidade das distribuições do estado civil (teste K-S) para H03b	378
Tabela 85 - Resultados do Teste de Kruskal-Wallis (H03b)	378
Tabela 86 - Recodificação do número de filhos (H03c)	381
Tabela 87 - Teste da homogeneidade de variâncias (H03c)	381
Tabela 88 - Teste Anova a três factores (MBI) para H03c	382
Tabela 89 - Estudo da normalidade das distribuições do número de filhos (teste K-S) para H03c	383
Tabela 90 - Resultados do Teste de Kruskal-Wallis (H03c)	383
Tabela 91 - Recodificação da faixa etária (H03d)	386
Tabela 92 - Teste da homogeneidade de variâncias (H03d)	386
Tabela 93 - Teste Anova a três factores (MBI) para H03d	386
Tabela 94 - Estudo da normalidade das distribuições da faixa etária (teste K-S) para H03d	387
Tabela 95 - Resultados do Teste de Kruskal-Wallis (H03d)	388
Tabela 96 - Recodificação da escolaridade (H03e)	390
Tabela 97 - Teste da homogeneidade de variâncias (H03e)	391
Tabela 98 - Teste Anova a três factores (MBI) para H03e	391
Tabela 99 - Estudo da normalidade das distribuições da escolaridade (teste K-S) para H03e	392
Tabela 100 - Resultados do Teste de Kruskal-Wallis (H03e)	392
Tabela 101 - Teste da homogeneidade de variâncias (H04a)	396
Tabela 102 - Teste Anova para os doze stressores (H04a)	396
Tabela 103 - Estudo da normalidade das distribuições da categoria profissional (teste K-S) para H04a	397
Tabela 104 - Resultados do Teste de Kruskal-Wallis (H04a)	398
Tabela 105 - Teste da homogeneidade de variâncias (H04b)	400
Tabela 106 - Teste Anova para os doze stressores (H04b)	401
Tabela 107 - Estudo da normalidade das distribuições da especialidade (teste K-S) para H04b	402
Tabela 108 - Resultados do Teste de Kruskal-Wallis (H04b)	403
Tabela 109 - Teste da homogeneidade de variâncias (H04c)	405
Tabela 110 - Teste Anova para os doze stressores (H04c)	406
Tabela 111 - Estudo da normalidade das distribuições do tempo de serviço (teste K-S) para H04c	407
Tabela 112 - Resultados do Teste de Kruskal-Wallis (H04c)	408
Tabela 113 - Teste <i>t</i> de Student para o cruzamento dos stressores com o sexo (H05a)	411
Tabela 114 - Estudo da normalidade das distribuições do sexo (teste K-S) para H05a	412
Tabela 115 - Teste de Mann-Whitney para o cruzamento dos stressores com o sexo (H05a)	413
Tabela 116 - Teste da homogeneidade de variâncias (H05b)	415
Tabela 117 - Teste Anova para os doze stressores (H05b)	416
Tabela 118 - Estudo da normalidade das distribuições do estado civil (teste K-S) para H05b	417
Tabela 119 - Resultados do Teste de Kruskal-Wallis (H05b)	418
Tabela 120 - Teste da homogeneidade de variâncias (H05c)	420
Tabela 121 - Teste Anova para os doze stressores (H05c)	420

Tabela 122 - Estudo da normalidade das distribuições do número de filhos (teste K-S) para H05c	421
Tabela 123 - Resultados do Teste de Kruskall-Wallis (H05c)	422
Tabela 124 - Teste da homogeneidade de variâncias (H05d)	424
Tabela 125 - Teste Anova para os doze stressores (H05d)	425
Tabela 126 - Estudo da normalidade das distribuições da faixa etária (teste K-S) para H05d	426
Tabela 127 - Resultados do Teste de Kruskall-Wallis (H05d)	427
Tabela 128 - Teste da homogeneidade de variâncias (H05e)	429
Tabela 129 - Teste Anova para os doze stressores (H05e)	430
Tabela 130 - Estudo da normalidade das distribuições da escolaridade (teste K-S) para H05e	431
Tabela 131 - Resultados do Teste de Kruskall-Wallis (H05e)	432
Tabela 132 - Teste da homogeneidade de variâncias (H06a)	434
Tabela 133 - Teste Anova para os quatro factores do EVAT30 (H06a)	435
Tabela 134 - Estudo da normalidade das distribuições da categoria profissional (teste K-S) para H06a	435
Tabela 135 - Resultados do Teste de Kruskall-Wallis (H06a)	436
Tabela 136 - Teste da homogeneidade de variâncias (H06b)	439
Tabela 137 - Teste Anova para os quatro factores do EVAT30 (H06b)	439
Tabela 138 - Estudo da normalidade das distribuições da especialidade (teste K-S) para H06b	440
Tabela 139 - Resultados do Teste de Kruskall-Wallis (H06b)	440
Tabela 140 - Teste da homogeneidade de variâncias (H06c)	443
Tabela 141 - Teste Anova para os quatro factores do EVAT30 (H06c)	443
Tabela 142 - Estudo da normalidade das distribuições do tempo de serviço (teste K-S) para H06c	444
Tabela 143 - Resultados do Teste de Kruskall-Wallis (H06c)	444
Tabela 144 - Validação das hipóteses pelo cálculo do coeficiente de correlação de Spearman (H07a e H07b)	448
Tabela 145 - Teste à normalidade dos factores (H07a e H07b)	448
Tabela 146 - Resultados do Teste Mann-Whitney (H07a e H07b)	449
Tabela 147 - Teste da homogeneidade de variâncias (H07c)	451
Tabela 148 - Teste Anova para os quatro factores do EVAT30 (H07c)	452
Tabela 149 - Estudo da normalidade das distribuições do número de filhos (teste K-S) para H07c	453
Tabela 150 - Resultados do Teste de Kruskall-Wallis (H07c)	453
Tabela 151 - Teste da homogeneidade de variâncias (H07d)	456
Tabela 152 - Teste Anova para os quatro factores do EVAT30 (H07d)	456
Tabela 153 - Estudo da normalidade das distribuições da faixa etária (teste K-S) para H07d	457
Tabela 154 - Resultados do Teste de Kruskall-Wallis (H07d)	457
Tabela 155 - Teste da homogeneidade de variâncias (H07e)	460
Tabela 156 - Teste Anova para os quatro factores do EVAT30 (H07e)	461
Tabela 157 - Estudo da normalidade das distribuições da escolaridade (teste K-S) para H07e	461
Tabela 158 - Resultados do Teste de Kruskall-Wallis (H07e)	462
Tabela 159 - Validação da hipótese pelo cálculo do coeficiente de correlação de Spearman (H08)	465
Tabela 160 - Validação da hipótese pelo cálculo do coeficiente de correlação de	468

Spearman (H09)	
Tabela 161 – Sumário do modelo para o esgotamento emocional(b)	476
Tabela 162 – Anova para o modelo do esgotamento emocional(b)	476
Tabela 163 – Cálculo da significância das variáveis do modelo do esgotamento emocional(a)	477
Tabela 164 – Sumário da otimização do modelo para o esgotamento emocional(g)	478
Tabela 165 – Anova para o modelo otimizado do esgotamento emocional(g)	479
Tabela 166 – Teste da significância total do modelo otimizado para o esgotamento emocional(a)	479
Tabela 167 – Sumário do modelo para a realização pessoal (b)	480
Tabela 168 – Anova para o modelo da realização pessoal(b)	480
Tabela 169 – Cálculo da significância das variáveis do modelo da realização pessoal(a)	481
Tabela 170 – Sumário da otimização do modelo para a realização pessoal(f)	482
Tabela 171 – Anova para o modelo otimizado da realização pessoal(f)	483
Tabela 172 – Teste da significância total do modelo otimizado para a realização pessoal(a)	483
Tabela 173 – Sumário do modelo para a despersonalização(b)	484
Tabela 174 – Anova para o modelo da despersonalização(b)	484
Tabela 175 – Cálculo da significância das variáveis do modelo da despersonalização(a)	485
Tabela 176 – Sumário da otimização do modelo para a despersonalização(j)	486
Tabela 177 – Anova para o modelo otimizado da despersonalização(j)	487
Tabela 178 – Teste da significância total do modelo otimizado para a despersonalização(a)	487
Tabela 179 – Resumo das estatísticas do EVAT30	494
Tabela 180 – Resumo das estatísticas do MBI	496
Tabela 181 – Resultado das hipóteses que relacionam os valores (EVAT30) com o burnout (MBI): H01	497
Tabela 182 – Resultado das hipóteses que relacionam os dados profissionais com o burnout (MBI): H02	498
Tabela 183 – Resultado das hipóteses que relacionam os dados pessoais com o burnout (MBI): H03	500
Tabela 184 – Resultado das hipóteses que relacionam os dados profissionais com os stressores: (H04)	501
Tabela 185 – Resultado das hipóteses que relacionam os dados pessoais com os stressores: (H05)	503
Tabela 186 – Resultado das hipóteses que relacionam os dados profissionais com os valores (EVAT30): H06	505
Tabela 187 – Resultado das hipóteses que relacionam os dados pessoais com os valores (EVAT30): H07	506
Tabela 188 – Resultado da hipótese que relaciona os valores (EVAT30) com os stressores: H08	509
Tabela 189 – Resultado da hipótese que relaciona o burnout (MBI) com os stressores: H09	509
Tabela 190 – Sistematização do modelo otimizado para o cansaço emocional	525
Tabela 191 – Sistematização do modelo otimizado para a realização pessoal	525
Tabela 192 – Sistematização do modelo otimizado para a despersonalização	526
Tabela 193 – Síntese da relação entre a otimização do modelo para o burnout e os valores	526

Índice de gráficos

Gráfico 1 - Distribuição por nacionalidade	272
Gráfico 2 - Distribuição por sexo (género)	272
Gráfico 3 – Distribuição por estado civil	273
Gráfico 4 - Distribuição por número de filhos	274
Gráfico 5 - Distribuição por faixa etária	274
Gráfico 6 - Distribuição por grau de escolaridade	275
Gráfico 7 - Distribuição por instituição	276
Gráfico 8 - Distribuição por categoria profissional	277
Gráfico 9 - Distribuição por tempo de serviço	278
Gráfico 10 - Distribuição por especialidade	279
Gráfico 11 - Nacionalidade <i>versus</i> estado civil	281
Gráfico 12 - Nacionalidade <i>versus</i> número de filhos	281
Gráfico 13 - Nacionalidade <i>versus</i> idade	282
Gráfico 14 - Nacionalidade <i>versus</i> escolaridade	282
Gráfico 15 - Nacionalidade <i>versus</i> categoria profissional	283
Gráfico 16 - Sexo <i>versus</i> estado civil	283
Gráfico 17 - Sexo <i>versus</i> número de filhos	284
Gráfico 18 - Sexo <i>versus</i> idade	285
Gráfico 19 - Sexo <i>versus</i> escolaridade	285
Gráfico 20 - Sexo <i>versus</i> categoria profissional	286
Gráfico 21 - Estado civil <i>versus</i> número de filhos	287
Gráfico 22 - Estado civil <i>versus</i> idade	287
Gráfico 23 - Estado civil <i>versus</i> escolaridade	288
Gráfico 24 - Estado civil <i>versus</i> categoria profissional	289
Gráfico 25 - Categoria profissional <i>versus</i> número de filhos	289
Gráfico 26 - Categoria profissional <i>versus</i> idade	290
Gráfico 27 - Categoria profissional <i>versus</i> escolaridade	291
Gráfico 28 - Escolaridade <i>versus</i> número de filhos	291
Gráfico 29 - Escolaridade <i>versus</i> idade	292
Gráfico 30 - Idade <i>versus</i> número de filhos	292
Gráfico 31 - Dimensões do EVAT30	312
Gráfico 32 - Caixa de bigodes do EVAT30	312
Gráfico 33 - Dimensões do MBI	313
Gráfico 34 - Caixa de bigodes do MBI	313
Gráfico 35 - Hierarquização dos stressores (do menos para o mais importante)	315
Gráfico 36 - Caixa de bigodes dos stressores	316
Gráfico 37 - Representação euclideana dos itens do EVAT30	319
Gráfico 38 - Scree plot dos dez factores extraídos para o EVAT30	322
Gráfico 39 - Scree plot dos seis factores extraídos para o EVAT30	327
Gráfico 40 - Scree plot dos quatro factores extraídos para o EVAT30	331
Gráfico 41 - Representação euclideana dos itens do MBI	339
Gráfico 42 - Scree plot dos quatro factores extraídos para o MBI	341
Gráfico 43 - Valores médios do esgotamento emocional pelas diferentes categorias profissionais (H02a)	359
Gráfico 44 - Valores médios da realização pessoal pelas diferentes categorias profissionais (resultado indirecto de H02a)	360
Gráfico 45 - Valores médios da despersonalização pelas diferentes categorias	360

profissionais (resultado indirecto de H02a)	
Gráfico 46 - Valores médios do esgotamento emocional pelas diferentes especialidades (resultado indirecto de H02b)	364
Gráfico 47 - Valores médios da realização pessoal pelas diferentes especialidades (resultado indirecto de H02b)	364
Gráfico 48 - Valores médios da despersonalização pelas diferentes especialidades (H02b)	365
Gráfico 49 - Valores médios do esgotamento emocional para o tempo de serviço (estudo indirecto de H02c)	368
Gráfico 50 - Valores médios da realização pessoal para o tempo de serviço (H02c)	369
Gráfico 51 - Valores médios da despersonalização para o tempo de serviço (estudo indirecto de H02c)	369
Gráfico 52 - Valores médios do esgotamento emocional para os diferentes sexos (estudo indirecto de H03a)	374
Gráfico 53 - Valores médios da realização pessoal para os diferentes sexos (estudo indirecto de H03a)	374
Gráfico 54 - Valores médios da despersonalização para os diferentes sexos (H03a)	375
Gráfico 55 - Valores médios do esgotamento emocional para o estado civil (H03b)	379
Gráfico 56 - Valores médios da realização pessoal para o estado civil (H03b)	379
Gráfico 57 - Valores médios da despersonalização para o estado civil (H03b)	380
Gráfico 58 - Valores médios do esgotamento emocional para o número de filhos (H03c)	384
Gráfico 59 - Valores médios da realização pessoal para o número de filhos (estudo indirecto de H03c)	384
Gráfico 60 - Valores médios da despersonalização para o número de filhos (H03c)	385
Gráfico 61 - Valores médios do esgotamento emocional para a faixa etária (estudo indirecto de H03d)	388
Gráfico 62 - Valores médios da realização pessoal para a faixa etária (H03d)	389
Gráfico 63 - Valores médios da despersonalização para a faixa etária (estudo indirecto de H03d)	389
Gráfico 64 - Valores médios do esgotamento emocional para a escolaridade (estudo indirecto de H03e)	393
Gráfico 65 - Valores médios da realização pessoal para a escolaridade (H03e)	393
Gráfico 66 - Valores médios da despersonalização para a escolaridade (estudo indirecto de H03e)	394
Gráfico 67 - Valores médios dos stressores para a categoria profissional (H04a)	399
Gráfico 68 - Valores médios dos stressores para as especialidades (H04b)	404
Gráfico 69 - Valores médios dos stressores para o tempo de serviço (H04c)	409
Gráfico 70 - Valores médios dos stressores para os diferentes sexos (H05a)	413
Gráfico 71 - Valores médios dos stressores para o estado civil (H05b)	418
Gráfico 72 - Valores médios dos stressores para o número de filhos (H05c)	422
Gráfico 73 - Valores médios dos stressores para a idade (H05d)	427
Gráfico 74 - Valores médios dos stressores para a escolaridade (H05e)	432
Gráfico 75 - Valores médios dos valores para o trabalho com as categorias profissionais (H06a)	436
Gráfico 76 - Relação dos valores para o trabalho com as especialidades (H06b)	440
Gráfico 77 - Relação dos valores para o trabalho com as categorias profissionais (H06c)	444
Gráfico 78 - Relação dos valores para o trabalho com o sexo (H07a e H07b)	449
Gráfico 79 - Relação dos valores para o trabalho com o número de filhos (H07c)	454

Gráfico 80 - Relação dos valores para o trabalho com a idade (H07d)	458
Gráfico 81 - Relação dos valores para o trabalho com o grau de escolaridade (H07e)	462

Índice de figuras

Figura 1 – Estrutura relacional dos tipos de valor (adaptado de Schwartz, 1992)	41
Figura 2 - SSA baseado na média dos resultados das 36 amostras de 20 países (adaptado de Schwartz, 1992)	45
Figura 3 – Estrutura prototípica das dimensões culturais (adaptado de Schwartz, 1999)	56
Figura 4 – Classificação cultural de alguns países (baseado nos dados dos estudos realizados e publicados por Hofstede em 1980)	61
Figura 5 – Níveis de profundidade da cultura organizacional (adaptado de Schein, 1985)	71
Figura 6 – Modelo transacional do stress (adaptado de Lazarus e Folkman, 1984)	98
Figura 7 – Modelo transacional do stress ocupacional (adaptado de Mackay e Cooper, 1987)	106
Figura 8 – Modelo de stress ocupacional (adaptado de Cartwright e Cooper, 1997)	108
Figura 9 – Modelo explicativo do burnout (adaptado de Gil-Monte e Peiró, 1997)	116
Figura 10 – Modelo integrador do burnout de Cordes e Dougherty (adaptado de Cordes e Dougherty 1993)	136
Figura 11 – Modelo do exercício profissional de enfermagem (Adaptado de Provencher e Fawcett, 2001)	205
Figura 12 – Taxonomia dos antecedentes do burnout (adaptado de Gil-Monte, 2005)	230
Figura 13 – Desenho metodológico e dedução das hipóteses	249
Figura 14 – Factores e itens da Escala de Valores para o Trabalho (EVAT30)	301
Figura 15 – Inventário de Burnout de Maslach	307
Figura 16 – Estrutura factorial do EVAT30	324
Figura 17 – Nova estrutura factorial do EVAT30	336
Figura 18 – Recapitulação do desenho metodológico e dedução das hipóteses	346
Figura 19 – Destaque do desenho metodológico para a dedução da hipótese H01a	350
Figura 20 – Destaque do desenho metodológico para a dedução da hipótese H01b	351
Figura 21 – Destaque do desenho metodológico para a dedução da hipótese H01c	352
Figura 22 – Destaque do desenho metodológico para a dedução da hipótese H01d	353
Figura 23 – Destaque do desenho metodológico para a dedução da hipótese H02a	355
Figura 24 – Destaque do desenho metodológico para a dedução da hipótese H02b	361
Figura 25 – Destaque do desenho metodológico para a dedução da hipótese H02c	366
Figura 26 – Destaque do desenho metodológico para a dedução da hipótese H03a	371
Figura 27 – Destaque do desenho metodológico para a dedução da hipótese H03b	376
Figura 28 – Destaque do desenho metodológico para a dedução da hipótese H03c	381
Figura 29 – Destaque do desenho metodológico para a dedução da hipótese H03d	385
Figura 30 – Destaque do desenho metodológico para a dedução da hipótese H03e	390
Figura 31 – Destaque do desenho metodológico para a dedução da hipótese H04a	395
Figura 32 – Destaque do desenho metodológico para a dedução da hipótese H04b	400
Figura 33 – Destaque do desenho metodológico para a dedução da hipótese H04c	405
Figura 34 – Destaque do desenho metodológico para a dedução da hipótese H05a	410
Figura 35 – Destaque do desenho metodológico para a dedução da hipótese H05b	414
Figura 36 – Destaque do desenho metodológico para a dedução da hipótese H05c	419
Figura 37 – Destaque do desenho metodológico para a dedução da hipótese H05d	424
Figura 38 – Destaque do desenho metodológico para a dedução da hipótese H05e	428
Figura 39 – Destaque do desenho metodológico para a dedução da hipótese H06a	434
Figura 40 – Destaque do desenho metodológico para a dedução da hipótese H06b	438

Figura 41 – Destaque do desenho metodológico para a dedução da hipótese H06c	442
Figura 42 – Destaque do desenho metodológico para a dedução da hipótese H07a	447
Figura 43 – Destaque do desenho metodológico para a dedução da hipótese H07b	447
Figura 44 – Destaque do desenho metodológico para a dedução da hipótese H07c	451
Figura 45 – Destaque do desenho metodológico para a dedução da hipótese H07d	455
Figura 46 – Destaque do desenho metodológico para a dedução da hipótese H07e	460
Figura 47 – Destaque do desenho metodológico para a dedução da hipótese H08	464
Figura 48 – Destaque do desenho metodológico para a dedução da hipótese H09	467
Figura 49 – Modelo de correlações entre os valores (EVAT30) e o burnout (MBI): H01	498
Figura 50 – Modelo dos valores de prova entre os dados profissionais e o burnout (MBI): H02	499
Figura 51 – Modelo dos valores de prova entre os dados pessoais e o burnout (MBI): H03	500
Figura 52 – Modelo dos valores de prova entre os dados profissionais e os stressores: H04	502
Figura 53 – Modelo dos valores de prova entre os dados pessoais e os stressores: H05	504
Figura 54 – Modelo dos valores de prova entre os dados profissionais e os valores (EVAT30): H06	505
Figura 55 – Modelo dos valores de prova entre os dados pessoais e os valores (EVAT30): H07	507
Figura 56 – Modelo de correlações entre os valores (EVAT30) e os stressores: H08	508
Figura 57 – Modelo de correlações entre o burnout (MBI) e os stressores: H09	510
Figura 58 – Modelo de correlações e valores de prova entre o EVAT30, MBI, Dados Pessoais e Dados Profissionais	512
Figura 59 – Modelo de correlações e valores de prova entre os Stressores, EVAT30, MBI, Dados Pessoais e Dados Profissionais	519
Figura 60 – Desenho metodológico de futuras investigações	535

Capítulo 1

INTRODUÇÃO

1.1. Enquadramento do problema

O sucesso na gestão dos recursos humanos constitui o factor mais determinante na afirmação de qualquer organização. E, se num primeiro momento esta preocupação se centrava quase exclusivamente em actividades de planeamento, recrutamento e selecção, no momento presente, o desenvolvimento e manutenção dos recursos humanos é assegurado não só pela actualização da sua formação, como também por todo um conjunto de actividades e processos resultantes da preocupação com outros aspectos como a integração, satisfação, compromisso, *turnover*, burnout, etc., em que os valores das organizações e das pessoas assumem um papel cada vez mais importante.

É lógico pressupor que quanto maior for o grau em que concordam os valores dos empregados com os valores preconizados pelas organizações, mais tangíveis serão os objectivos dessa organização. Identificar e definir o conjunto de valores de cada uma destas entidades pelos diferentes níveis hierárquicos em que se estruturam de uma forma padronizada todas as organizações, torna-se imperativo quando se quer empreender um qualquer estudo para uma melhor compreensão destas questões.

Em Portugal, no ano de 1999, o curso de enfermagem passa do grau de bacharelato (curso médio de 3 anos) para o grau de licenciatura (curso superior de 4 anos), e, mais recentemente, desde 2007 e com o tratado de bolonha, estes profissionais estão a sair para o mercado de trabalho já com o mestrado integrado nos quatro anos que têm de formação, reestruturação que se está a repercutir na preocupação crescente com a qualidade dos enfermeiros, enquanto pessoas que lidam com outras pessoas. Apesar de existir ainda a necessidade de formar cerca de 15 mil enfermeiros, começa-se já a pensar na elaboração de entrevistas e testes psicotécnicos específicos para a admissão dos candidatos ao curso de enfermagem, orientados particularmente para a sua formação axiológica.

Por outro lado, os recentes trabalhos científicos sobre o burnout em enfermagem, revela uma preocupação crescente em compreender este fenómeno em toda a sua envolvência, pelo que o estudo dos tipos de valor que caracterizam os profissionais de

enfermagem, para além de ser um trabalho pioneiro em Portugal, contribuirá certamente para uma melhor caracterização deste síndrome.

Não é pois de estranhar que, a compreensão das diferentes estratégias para gerir adequadamente os diferentes tipos de stress, tenha vindo a ser recentemente complementada por alguns estudos empíricos que procuram correlacionar os diferentes aspectos e manifestações da personalidade quer com o stress quer com o burnout.

É assim que os valores, pelas implicações que poderão ter sobre a saúde mental e qualidade de vida daquelas pessoas que escolhem a carreira de enfermagem, nomeadamente em termos de burnout, se referenciam como o objecto principal desta investigação, que permitirá ainda determinar os valores que caracterizam os profissionais de enfermagem, razão por que este trabalho é pioneiro em Portugal.

Por outro lado, este estudo constitui também um contributo para a reformulação dos critérios eleitos, quer para uma eventual avaliação dos valores dos candidatos ao curso de enfermagem, quer para os processos de recrutamento e selecção em processos de admissão nas instituições de saúde – sobretudo naquelas preocupadas com um determinado perfil de valores mais adequado à cultura institucional, ou, preocupadas na selecção de profissionais com uma maior resistência ao stress ocupacional, pelo impacto económico das consequências do burnout.

1.2. Objectivos e conceptualização da investigação

Para esta investigação são definidos um objectivo geral e quatro objectivos específicos, que vão sendo sucessivamente alcançados ao de todo o trabalho desenvolvido de acordo com as diferentes fases da investigação que se apresentam logo a seguir.

1.2.1. Objectivo geral.

É objectivo global desta investigação, contribuir para a caracterização do burnout pela determinação dos valores que lhe estão associados, quer enquanto fenómeno considerado na sua totalidade, quer enquanto fenómeno organizado em três

dimensões distintas (exaustão emocional, despersonalização e diminuição da realização pessoal), redefinindo-o por forma a integrar as contribuições resultantes deste estudo, nomeadamente acerca da capacidade preditiva dos valores em relação ao burnout.

1.2.2. Objectivos específicos

Esta investigação tem ainda como objectivos específicos:

- Identificar que valores para o trabalho se correlacionam positiva e negativamente com o burnout;
- Compreender a hierarquia dos valores que caracteriza os profissionais de enfermagem, de acordo com a Escala de Valores para o Trabalho (EVAT30) de Arciniega e González;
- Observar as relações existentes entre os valores (EVAT30), o burnout (MBI), os dados pessoais (sexo, estado civil, número de filhos, faixa etária e escolaridade) e os dados profissionais (tempo de serviço, especialidade e categoria profissional);
- Traduzir e aferir o Inventário de Burnout de Maslach (MBI) e o EVAT30 para a população portuguesa.

Apresentam-se de seguida as diferentes fases por que passou a investigação.

1.3. Fases da investigação

As fases que se constituíram para a concretização do estudo desenvolvido, assentam globalmente nos pressupostos existentes para a realização de uma investigação de natureza quantitativa, podendo ser sistematizadas e hierarquizadas do seguinte modo:

- Delimitação do problema e especificação do objectivo geral e dos objectivos específicos do estudo;
- Revisão bibliográfica quer sobre os conceitos a serem investigados – valores, burnout e relação dos valores com o burnout, particularmente ao nível da enfermagem -, quer sobre a pertinência dos diferentes instrumentos existentes e da sua aplicação face ao problema e objectivos delineados;

- Elaboração de um modelo de investigação com a finalidade de operacionalizar as relações possíveis de serem estabelecidas entre as diferentes entidades conceptuais a serem estudadas, de que derivou a formulação de nove hipóteses gerais;
- Estruturação de uma metodologia orientada para a aplicação dos instrumentos seleccionados à amostra constituída;
- Introdução dos dados recolhidos em forma de questionário – previamente imprimido em suporte de papel -, para uma base de dados construída em SPSS;
- Aplicação dos métodos e técnicas estatísticas mais adequadas para a análise e discussão dos resultados obtidos;
- Apresentação das conclusões do estudo empírico realizado, e das conclusões gerais da investigação.

As fases da investigação que se apresentaram anteriormente, originaram a estruturação deste trabalho em nove capítulos, tal como se pode observar de seguida.

1.4. Estrutura da investigação

Por forma a dar uma resposta adequada ao problema, objectivos e hipóteses formuladas, esta investigação divide-se em três partes: uma parte teórica que integra um primeiro capítulo introdutório e outros três (capítulos dois, três e quatro) em que se caracterizam as diferentes concepções de cada uma das entidades em estudo e as relações entre estas, uma parte metodológica que se refere aos capítulos cinco e seis – em que se procede respectivamente quer à sustentação teórica objectiva do problema e das relações hipotetizadas, quer à especificação da metodologia e instrumentos usados -, e uma parte prática que diz respeito aos capítulos sete (análise e discussão dos resultados), oito (conclusões práticas) e nove (conclusões gerais).

No primeiro capítulo procede-se ao enquadramento do problema, à conceptualização da investigação no que se refere à definição do objectivo geral e dos objectivos específicos, e à apresentação das diferentes fases e estrutura da investigação.

O segundo capítulo começa por apresentar uma perspectiva histórica dos valores, em que se desenvolvem as teses axiológicas (subjectiva, objectiva e situacionista) e as teses humanistas (antropológica, sociológica, psico-sociológica e psicológica), para depois proceder não só à descrição da teoria do conteúdo e estrutura dos valores em Schwartz e à sua extrapolação para a abordagem dos diferentes tipos de cultura e organizações, como também à especificação do estudo dos valores organizacionais, seja ao nível do indivíduo, grupo ou organização, seja no contexto do trabalho, em que se destaca particularmente a concepção de Arciniega e González.

O capítulo três procura descrever o conceito de stress com base nas diferentes teorias, modelos e consequências no âmbito ocupacional, distinguindo-o do síndrome de burnout, que é delimitado nas diferentes abordagens clínica, sócio-psicológica, organizacional e cultural, estudado etiologicamente à luz das teorias sócio-cognitivas do eu, das teorias de troca social e das teorias organizacionais, definido e distinguido enquanto estado e processo, e, compreendido na operacionalização das diferentes variáveis preditoras e consequentes.

No capítulo quatro, fundamentam-se as alterações ao nível do stress e dos valores no processo de globalização e reestruturação dos sistemas de saúde, abordam-se teoricamente a enfermagem e os seus valores, contextualiza-se o stress em enfermagem e os diferentes stressores, consequências e técnicas de redução do stress, procede-se à contextualização do burnout em enfermagem, e, por último, depois de estabelecida a relação do burnout com outras variáveis, especificam-se cinco estudos que abordam a relação dos valores com o burnout.

O capítulo cinco apresenta a esquematização e relação das diferentes entidades estudadas e descritas teoricamente (Inventário de Burnout de Maslach - MBI, dados profissionais, dados pessoais, stressores, Escala de Valores para o Trabalho – EVAT30), em conformismo com os objectivos delineados, sob a forma de um desenho experimental de que se inferiram e sustentaram teoricamente as hipóteses formuladas.

No capítulo seis refere-se a metodologia utilizada, seja no que respeita ao plano de amostragem – em que são definidos o universo e a população estudada, e caracterizada a amostra de acordo com os diferentes dados pessoais e profissionais -,

seja no que concerne aos diferentes instrumentos construídos e usados e respectivo cálculo da sua fiabilidade e validação, seja no que se refere aos procedimentos seguidos na aplicação dos questionários e tratamentos e análises estatísticas realizadas.

O capítulo sete tem por finalidade a análise e discussão dos resultados obtidos, que se estrutura quer na estatística univariada dos instrumentos usados e bivariada dos dados pessoais e profissionais, quer na validação do Inventário de Burnout de Maslach (MBI) e da Escala de Valores para o Trabalho (EVAT30) através da análise *multidimensional scaling*, análise factorial de componentes principais, cálculo da fiabilidade de cada um dos factores destes instrumentos e reconstrução das suas dimensões, quer na análise de inferência estatística para o estudo das hipóteses do trabalho, quer ainda no desenvolvimento de modelos de regressão linear múltipla para explicação do MBI.

No capítulo oito apresentam-se as conclusões do estudo empírico realizado, seja no que diz respeito à análise da relação entre os dados pessoais, profissionais e stressores, seja acerca da validação do EVAT30 e do MBI, seja ainda no que se refere às hipóteses da investigação e ao desenvolvimento de três modelos explicativos do MBI com base na regressão linear realizada.

O capítulo nove, estrutura por último as conclusões de todo o trabalho nas partes que o integram: enquadramento teórico, metodológico e prático.

Apresenta-se de seguida o capítulo dois, que tece uma perspectiva histórica acerca dos valores.

Capítulo 2

PERSPECTIVA HISTÓRICA DOS VALORES

2.1. Perspectiva histórica dos valores

A perspectiva histórica dos valores que se apresenta, alicerça-se nas diferentes teses axiológicas e humanistas referenciadas na literatura e procura dar conhecimento dos principais contributos e abordagens.

No âmbito das teses axiológicas, referem-se sucintamente as abordagens subjectiva, objectiva e situacionista, e destaca-se ainda o contributo de Max Scheler que é citado por Frings (2001).

2.1.1. Teses axiológicas

A filosofia caracteriza-se por uma atitude de contemplação reflexiva orientada para a fundamentação e organização intelectual de todo o saber, pelo que se pode afirmar que consiste no estudo do pensamento e na justificação das crenças. Contudo, o aspecto teológico da filosofia faz com que esta por vezes transcenda o modelo de conhecimento científico das ciências concretas - assente na observação, na medição, na formulação de hipóteses e na predição -, para explorar as razões últimas que o homem tradicionalmente atribui à divindade. Etimologicamente, a palavra filosofia significa *amor à sabedoria*, argumento que justifica a subdisciplina a que se refere a teoria do conhecimento.

Um outro tema que historicamente tem merecido a atenção da filosofia, é o da axiologia ou teoria dos valores, que pretende ser uma ciência reflexiva e crítica no que concerne à análise dos fundamentos da humanidade que se encontram por detrás do desenvolvimento daqueles aspectos parciais que impregnam o quotidiano e nos levam a considerar que algo é valioso ou não. A etimologia da palavra axiologia, que se começa a utilizar no início do século XX - se bem que tenha primeiro surgido no âmbito da economia para designar o valor de troca dos bens -, provém das palavras gregas *axios* (valor, valioso, estimável, o que vale, etc.) e *logos* (tratado, teoria, etc.), pelo que a axiologia constitui uma corrente filosófica que tem por objectivo o estudo dos valores.

Mais concretamente, a axiologia nasce das reivindicações da filosofia do ser e da filosofia antropológica, que assim fazem emergir este novo campo de especulação e pensamento, que muito embora no seu início se tenha centrado principalmente na descoberta do estatuto ontológico e da natureza do valor - pela identificação do valor com o mundo da realidade física ou das ideias e conceitos, e, por outro lado, com a actividade psicológica -, não se reduz nem ao mundo físico (valor como realidade objectiva), nem ao mundo das essências de Platão ou mundo ideal (valor como realidade transcendental), nem ao mundo da psique ou mundo espiritual (valor como realidade psicológica).

Não é pois de estranhar que o valor, pela sua complexidade e dificuldade conceptual, se tenha sucessivamente confundido, primeiro, com o mundo da realidade objectiva, identificando-se com os bens, segundo, com o mundo da realidade transcendental, identificando-se com as ideias, terceiro, com o mundo da realidade psicológica - identificando-se com os estados psicológicos (interesse, desejo, agrado, etc.). Esta confusão só se dissipou quando a axiologia se descentrou da determinação da natureza dos valores - em parte pela dificuldade em integrar as diferentes orientações subjectivistas e objectivistas -, para se começar a preocupar com o problema metodológico da captação dos valores.

As interpretações subjectivas caracterizam-se quer por identificarem o valor com o acto valorativo, circunstância que decorre do facto de ambos serem produtos do sujeito, quer por considerarem o valor como uma qualidade que se reflecte na realidade exterior dos objectos, embora tenha o seu fundamento no sujeito, quer ainda por associarem o valor a determinados estados psicológicos que concernem à vida emotiva do sujeito, o que pressupõe a sua origem numa reacção psicológica. Ou seja, como um objecto de valor se refere àquilo que nos interessa, tendemos a valorar um objecto apenas porque o desejamos.

Por sua vez, as concepções objectivas preconizam que o valor tem uma realidade objectiva e existência independentes do sujeito e das suas valorações, pelo que constitui uma entidade própria que se reflecte na própria identificação com os objectos sobre os quais se manifesta. A identificação dos valores com a realidade física em que o sujeito

se baseia para extrapolar ou inferir valores, repercute-se numa identificação generalizada dos valores com os bens.

O acto de valorar, em sentido ético, ocorre quando o sujeito se depara com diferentes opções em conflito e se sente obrigado a uma eleição, que se processa em função do valor distinto que associa aos diferentes objectos. Porque baseada nos gostos ou desejos particulares, nas crenças pessoais e em muitos outros aspectos, esta valoração pode resultar correcta ou incorrecta, justa ou injusta, total ou parcial, etc., ou seja, os valores são dotados de uma polaridade.

2.1.1.1. Abordagens axiológicas subjectiva, objectiva e situacionista

No âmbito da axiologia, podem-se encontrar basicamente três tipos de abordagens dos valores que, de acordo com a concepção da sua fundamentação e existência, assim se inserem numa perspectiva objectiva, subjectiva ou situacionista (cit. por Frings, 2001).

As concepções objectivistas, que aqui merecem uma atenção particular pelo destaque que se confere aos trabalhos de Max Scheler (cit. por Frings, 2001), preconizam a existência real, objectiva e independente do valor em si. Muito embora os valores sejam vulgarmente identificados com os bens, apenas por uma questão de facilitar a sua identificação, o valor diferencia-se das qualidades primárias que definem um objecto, pois que está para além das características ou atributos de um objecto real, transcendendo mesmo a sua vivência. O valor tem uma identidade própria que se demarca do objecto e assenta na qualidade potencial do objecto, na totalidade e globalidade das suas propriedades.

As orientações subjectivas pressupõem que os valores se fundamentam e dependem da pessoa que valora, existindo apenas na medida em que podem ser captados por um sujeito e identificando-se com algum facto ou estado psicológico, pelo que representam uma interpretação psicológica. Ou seja, o valor é uma construção do sujeito, que, de acordo com as suas características e vivências psicológicas, associa algo aos objectos, sejam estes físicos ou sociais.

As interpretações situacionistas surgem do diferendo das orientações objectivistas e subjectivistas, e preconizam que os valores resultam da interdependência do sujeito que valora - em que o estado psicológico do indivíduo constitui uma condição necessária mas não suficiente para a sua concepção -, e do objecto valorado, de onde decorre a configuração e relatividade da sua dimensão espaço-temporal, pois que é com base na relação estabelecida na especificidade de um contexto físico, social e cultural único, entre o sujeito e o objecto, que os valores são definidos.

2.1.1.1.1. O contributo de Max Scheler

Para Frings (2001), a ética de Scheler insere-se na linha da doutrina objectivista de Kant, superando o seu formalismo racionalista e reafirmando o princípio apriorístico deste autor, e integra ainda o movimento reactivo ao relativismo implícito na interpretação subjectiva dos valores, que se reflectiu na publicação de uma grande quantidade de ensaios, entre 1913 e 1922, recompilados por si mesmo em dois volumes: “Acerca da subversão dos valores” e “Do eterno no homem”.

Scheler (cit. por Frings, 2001), rompe com as éticas materiais anteriores - éticas empiristas de bens e fins -, pois que os valores representam qualidades independentes dos bens e da apreensão do homem, que destes apenas detém um conhecimento relativo. Os valores são absolutos, não se alteram porque não estão condicionados por nenhuma circunstância histórica, social, biológica ou puramente individual.

De acordo com Frings (2001), o objectivismo axiológico Scheleriano fundamenta-se então na independência do valor quer em relação ao sujeito que valora, quer ao objecto sobre o qual o valor se manifesta, pelo que o valor pode então ser conceptualizado como uma qualidade *à priori*, sem referente empírico, que não se pode identificar nem com as propriedades dos objectos - através das quais se manifesta -, nem com o sujeito que capta e percebe tal qualidade *à priori*.

Enquanto que o acto de valorar se refere à forma como o sujeito percebe o valor e implica alguém (individual ou colectivo) que pela acções que desenvolve capta esta qualidade *à priori*, os valores não pressupõem a existência do sujeito, até porque o

transcendem e existem independentemente do sujeito os captar ou não. Ou, de outra forma, os valores são captados por uma espécie de intuição emocional básica, não se reduzindo contudo à expressão de um sentimento, pois que os valores são frequentemente captados de forma independente dos sentimentos que experimentamos.

Ainda para Frings (2001), no âmbito do objectivismo Scheleriano, os valores mantêm uma relação hierárquica *à priori*, em que a superioridade de um valor sobre outro é determinada pelo carácter preferencial do valor, que é um acto especial de conhecimento que não supõe contudo nenhum acto de eleição, pois que não tem qualquer fundamento empírico que se manifesta entre acções, antes se refere a bens e valores e supõe um elemento apriorístico. Para Scheler, por um lado, este “preferir” constitui um tipo especial de conhecimento que se obtém pela intuição emocional, e, por outro lado, o carácter preferencial e hierárquico dos valores constitui uma característica interna que integra a própria natureza dos valores.

No sentido de compreender e determinar a ordem hierárquica de um sistema de valores, Scheler estabeleceu então cinco critérios não empíricos e independentes do processo factual de eleição do sujeito que valora. Estes critérios, que constituem a manifestação de alguns dos elementos que definem a essência dos valores são (cit. por Frings, 2001):

- a) Durabilidade. Refere-se à dimensão atemporal e asituacional que caracteriza os valores e lhes confere um carácter estável e permanente que distingue os valores superiores ou eternos dos valores inferiores ou fugazes, pela sua variabilidade e instabilidade temporal e espacial;
- b) Divisibilidade. Diz respeito ao carácter unitário do valor, que será tanto mais superior quanto menos se fragmentar sobre os diferentes objectos em que se manifesta, aspecto empírico que contraria o apriorismo teórico;
- c) Fundamentação. Scheler preconiza um monismo axiológico, em que todos os valores se fundamentam no que designa de valores supremos ou

religiosos, pelo que este critério faz referência à dimensão central de uns valores face a outros;

d) Profundidade. Tem a ver com o grau de satisfação produzido pela realização ou cumprimento de um valor, que será tanto mais profundo quanto mais independente (alto e supremo) seja a existência deste valor da percepção de outro. A fundamentação deste critério na experiência subjectiva, parece mais uma vez contrariar os pressupostos apriorísticos da natureza dos valores;

e) Refere-se à medida em que um valor se percebe como mais próximo ao valor central ou supremo. Ou seja, um valor será tanto mais alto ou superior quanto menos relativo fôr.

A partir da aplicação destes cinco critérios, Scheler (cit. por Frings, 2001) estabelece uma classificação hierárquica dos valores como se apresenta a seguir:

a) Nível dos valores básicos. Encontram-se os valores mais sensíveis, de agradabilidade ou desagradabilidade, a que correspondem os estados afectivos de prazer ou desprazer;

b) Nível dos valores vitais. Representam uma modalidade axiológica independente do sentimento vital, irreduzível aos estados afectivos do agradável e do desagradável;

c) Nível dos valores espirituais. Na presença destes devem sacrificar-se tanto os valores vitais como os valores básicos. Entre os valores espirituais, podem-se ainda distinguir:

- Os valores do belo e do feio, sobretudo, mas também todos os outros valores puramente estéticos;

- Os valores do justo e do injusto, independentes de qualquer legislação criada por uma sociedade;
- Os valores do conhecimento puro da verdade, tal como a filosofia os pretende realizar, por oposição à ciência positiva para quem o conhecimento serve a subjugação da natureza.

d) Nível dos valores supremos. Refere-se aos valores espirituais ou religiosos, em que se fundamentam todos os outros. Os estados correspondentes aos valores religiosos são a êxtase e o desespero, que assim avaliam o grau de proximidade ou afastamento do santo.

Na complementaridade da perspectiva histórica iniciada com as teses axiológicas, passam-se então a apresentar algumas das principais teses humanistas nos seus diferentes enquadramentos antropológico, sociológico, psico-sociológico e psicológico.

2.1.2. Teses humanistas

O pensamento axiológico desenvolvido na última metade do século XIX, caracteriza-se pela concepção do valor como uma vivência ou experiência subjectiva, exercida na manifestação preferencial do indivíduo, pelo que o valor é considerado como um facto psicológico. O subjectivismo destas teses axiológicas é posteriormente reinterpretado na linha de actuação perspectivada pela psicologia da motivação, que constitui um marco histórico nos primórdios da psicologia científica, pois que corta com a tradição da psicologia filosófica e a teoria dos instintos, para teorizar o aspecto preferencial da acção humana, embora que ainda de uma forma marcada pelas teses axiológicas subjectivistas.

Inicialmente, a psicologia científica, desenvolveu-se segundo duas orientações distintas, as concepções naturalista e humanista, para as quais os valores só podem ser compreendidos na consideração da natureza da própria experiência e existência humanas. Contudo, enquanto que para a visão naturalista, a existência humana, pela

imaginação, pensamentos e desejos característicos do homem, transcende o mundo real dos factos e das realidades empíricas, para a orientação humanista, a experiência e a existência humanas, incluem quer os factos psicológicos fundamentados física e empiricamente, quer todo um conjunto de experiências psicológicas, que muito embora não se possam derivar directamente dos factos reais e observáveis, tornam possível a transcendência de condições sociais e da própria entidade do homem.

Em termos históricos, as teses humanistas surgem como resultado da preocupação com a aparente ausência de um sistema de valores nas sociedades industrializadas, de que as revoltas sociais, as mudanças económicas e tecnológicas, e os fenómenos políticos - protagonizados pelos horrores da Primeira Guerra Mundial, pela proliferação dos inúmeros conflitos étnicos, mas, sobretudo, pelo holocausto da Segunda Guerra Mundial -, constituem o reflexo da preocupação com a transformação moral do homem moderno que está também por detrás de uma verdadeira crise de valores. Os valores começam então a ser perspectivados de um modo mais empírico, pois que se formam nas condições históricas e sociais em que o homem actua.

É pois no sentido da matriz teórica preconizada pelas teses subjectivistas da axiologia, que surgem as abordagens humanísticas protagonizadas por Kluckhohn (1951) e Parsons (1951), que rapidamente se constituem num movimento humanista das ciências do comportamento, em que posteriormente se destacam autores como Maslow (1954), Goldstein (1959) e Fromm (1959). Estas concepções humanísticas reintegram os elementos cognitivo e afectivo da formação do homem, numa abordagem que resulta de uma reinterpretação do homem perspectivada segundo o ponto de vista fenomenológico.

As teorizações psicológicas sobre a natureza dos valores, formuladas por Kluckhohn (1951) e Parsons (1951) nos primórdios da psicologia científica, reflectem uma interpretação humanista acerca da natureza da existência e da própria experiência do homem, que na manifestação da sua racionalidade, através do seu pensamento e do seu imaginário, transcende o mundo dos factos, das evidências e das realidades empíricas, por forma a penetrar no mundo dos ideais e dos projectos, pelo que os

valores devem ser entendidos à luz desta capacidade e necessidade de o homem se auto-transcender para se auto-realizar.

Estes autores destacam-se por atribuírem quer um significado mais psicológico aos valores, que surgem essencialmente como opções entre possíveis modos de actuar e se baseiam numa hierarquia própria apreendida empiricamente por um indivíduo, quer um significado mais social, ao conferirem um carácter universal aos valores, em que as diferenças individuais e colectivas existentes se poderiam atribuir a diferentes graus de preferência, cuja origem se encontra nas diferentes condições sociais e históricas. Decorre daqui, que a hierarquização de um sistema de valores é determinada de um modo empírico, alicerçado nas acções preferenciais da pessoa, que encontra a sua explicação na concepção e representação do mundo que cada um destes autores teoriza.

Por sua vez, para Maslow (1959), Goldstein (1959) e Fromm (1959), os valores não são mais do que a manifestação da tendência inerente a todo o homem para expressar e procurar realizar as suas potencialidades, pelo que preconizam a existência de um sistema de valores que, por transcender a realidade concreta, tenderia a unificar o que o homem é com aquilo que pode e quer chegar a ser, pois só assim o homem se pode sentir autorealizado.

Estes autores partilham alguns conceitos que fundamentam a concepção humanista dos valores em que, por um lado, a construção de uma teoria psicológica da actuação humana, que enuncie e operacionalize as características e condições do ser humano, constitui a primeira etapa para a concepção de uma verdadeira teoria dos valores, sendo que a segunda remete para o facto da existência e experiências humanas estarem muito para além da compreensão dos factos concretos e observáveis, pois que transcendem a mera realidade do presente, e a terceira etapa tem a ver com o facto da satisfação adequada das necessidades existenciais, preconizadas pela concepção humanista, constituir uma condição para o estado de boa saúde psicológica, que assim pressupõe uma conduta orientada por valores.

2.1.2.1. Abordagem antropológica

Conforme se pode constatar, a abordagem antropológica dos valores integrada no seu enquadramento humanista e histórico, é protagonizada essencialmente por Kluckhohn.

2.1.2.1.1. O contributo de Kluckhohn

A antropologia, enquanto ciência que estuda a história natural do homem, nomeadamente através das estruturas culturais dos seus modos de vida, contribuiu para o estudo empírico dos valores sociais, sobretudo por intermédio de Clyde Kluckhohn (1951), que teve o mérito quer de antecipar a utilização de percentagens no estudo transcultural dos valores, quer de definir este conceito apresentando uma explicação detalhada de cada um dos seus elementos constituintes. Assim, “um valor é uma concepção, explícita ou implícita, distintiva de um indivíduo ou característica de um grupo, sobre o desejável, que influencia a selecção de modos, maneiras e propósitos disponíveis de acção” (Kluckhohn, 1951, pag. 395).

Enquanto concepção sobre o desejável, o valor assume sempre uma conotação positiva, pois que é uma preferência que se considera moral, racional ou esteticamente justificada, que se afasta das manifestações fisiológicas imediatas e das pressões das situações particulares e efêmeras. Mesmo que apenas implícito, o valor exprime também a relação com o desejável, que está para além da mera relação com o desejado. Como influência, o valor procura traduzir o facto dos seres humanos responderem tanto a ideias gerais como a estímulos particulares. Por último, enquanto concepção que contribui para a escolha das acções possíveis, os valores prestam um contributo aos processos de tomada de decisões, constituindo uma verdadeira economia de recursos e tempo para analisar todas as decisões possíveis.

Deste modo, “qualquer acção concreta é observada como um compromisso entre motivação, condições da situação, meios disponíveis, e os meios e os objectivos interpretados em termos de valores” (Kluckhohn, 1951, pag. 402). A natureza, o lugar que o homem ocupa nela, as suas limitações biológicas, as relações que se estabelecem

entre os homens, o que é desejável e não desejável para o homem, constituem vectores de uma matriz que Kluckhohn (1951) designa, num vocabulário parsoniano, de orientação de valor, que ultrapassa a totalidade de uma cultura e constitui uma combinação única, que interessa inventariar para depois compreender a estrutura das suas relações.

Kluckhohn (1951), sistematiza ainda a existência humana em cinco categorias, que se relacionam com a concepção e representação que o homem tem do mundo nos seus diferentes aspectos (físicos, temporais, pessoais e sociais), em que cada categoria pressupõe a selecção de soluções para uma melhor adaptação do homem ao seu meio físico e social, de entre todo um conjunto de opções ou preferências, determinando desta forma a concepção ideal ou sistema de valores de cada indivíduo ou grupo. As categorias definidas por este autor para explicar a sua concepção ideal da existência humana são:

1. Natureza humana, que se pode definir em concepções dicotómicas do género boa/má, permanente/variável;
2. Relação do homem com a natureza, que procura explicar a eleição de uma relação de submissão, equilíbrio ou controlo, por parte do homem face à natureza;
3. Dimensão temporal, que remete para as repercussões da valorização do momento presente, ou, do passado ou futuro;
4. Relação intrapessoal, que faz referência à eleição de cada pessoa entre as opções que se relacionam com os diferentes tipos de actividade do homem, que têm a ver quer com a libertação dos desejos e necessidades, quer com o autocontrolo, quer ainda com as actividades eficazes ou produtivas;
5. Relação interpessoal, que pode resumir-se à eleição que cada indivíduo tem que fazer entre relações de linearidade (entre ascendentes e descendentes), colateralidade (entre iguais) ou de individualidade.

Com base nesta sistematização, Kluckhohn (1951) construiu um questionário que lhe possibilitou investigar os esquemas e conceitos de preferências de diferentes indivíduos americanos.

2.1.2.2. Abordagem sociológica

No âmbito das teses humanistas e na continuidade do contributo antropológico anteriormente abordado, destacam-se as abordagens sociológicas e os trabalhos de Thomas Znaniecki e Talcott Parsons, respectivamente.

2.1.2.2.1. O contributo de Thomas e Znaniecki

O estudo realizado por William Thomas e Florian Znaniecki entre 1918 e 1920, resultou na publicação de “O camponês polaco na Europa e nos Estados Unidos”, obra que constitui um marco histórico não só para a sociologia como também para o estudo dos valores sob o ponto de vista sociológico. Com base nos conteúdos dos documentos escritos por estes emigrantes, estes autores, ao estabelecerem uma relação entre as características étnicas e culturais dos camponeses polacos com as culturas e normas sociais que caracterizavam os europeus e os americanos, introduzem os conceitos de atitude e valor social, determinando assim uma área independente de análise e intervenção para a sociologia que deste modo também se demarca das considerações biológicas dos instintos que influenciavam a psicologia daquela época.

O conceito de atitude é entendido como “o processo da consciência individual que determina a actividade real ou possível do indivíduo no mundo social” (Thomas e Znaniecki, 1918-1920, págs. 21-22), pois que tal como “o processo psicológico permanece fundamentalmente como um estado de alguém; a atitude permanece sempre fundamentalmente como uma atitude face a algo” (Thomas e Znaniecki, 1918-1920, págs. 23). Na primeira formulação pode apreender-se o aspecto cognitivo da atitude, que vem complementar a anterior consideração deste conceito apenas nas suas dimensões emocional e comportamental, enquanto que na segunda, a introdução da atitude como uma actividade dirigida face a algo, permite discernir a intencionalidade como uma qualidade atitudinal.

Se por um lado a atitude constitui “a contraparte individual do valor social”, por outro lado, o valor social é entendido como algo “que tenha um conteúdo empírico acessível aos membros de um grupo social e um significado ao que é ou pode ser o objecto de atitude” (Thomas e Znaniecki, 1918-1920, págs. 21-22), pelo que a atitude é dotada de um significado intrasubjectivo, sem existência empírica a não ser pelas suas manifestações externas, em contraposição ao significado intersubjectivo e extrasubjectivo que caracteriza o valor enquanto constructo objectivo, empírico e exterior à consciência, que para estes autores pode ser motivado pelo reconhecimento social, segurança, resposta, domínio ou competência e pelas novas experiências.

Muito embora Thomas e Znaniecki (1918-1920), se encontrem entre os precursores menos conhecidos da sociologia do conhecimento, os seus trabalhos constituíram o impulso necessário para a consolidação de uma verdadeira ciência social, a ser estudada de modo análogo às ciências exactas e naturais, que assim se viu demarcada das “generalizações morais, religiosas ou filosóficas preconcebidas” (Thomas e Znaniecki, 1918-1920, pág. vii). Só em meados do século 20, com Parsons (1951), é que a sociologia retoma o tema dos valores como objecto de estudo.

2.1.2.2.2. O contributo de Talcott Parsons

Os valores e as orientações de valor ocupam uma função predominante na teoria da acção preconizada por Parsons (1951), para quem a estabilidade de todo o sistema social é até certo ponto determinada pela interacção de todo um conjunto de valores partilhados com a estrutura da necessidade internalizada pelos actores sociais. Para este autor, todo o sistema social se reduz então a dois aspectos básicos, que constituem momentos diferentes e complementares de todo o processo de tomada de decisões:

- a) A orientação motivacional (ou expectativa estruturada), que tem a ver com o conjunto de elementos – como o conhecimento e a avaliação dos custos e das recompensas que se possam obter ao empreender uma determinada acção –, que permitem a análise de problemas considerados de interesse para o actor de um sistema social;

b) A orientação de valor, que se refere aos critérios usados para a resolução satisfatória dos problemas observados na orientação motivacional - tal como os critérios morais, considerados particularmente importantes -, e que obriga a pessoa a respeitar certas normas que acabam por limitar as suas selecções. Desta forma, os valores constituem então os compromissos das pessoas com os critérios derivados destas normas, e caracterizam-se pelos seus aspectos cognitivos, avaliativos e de responsabilidade pessoal, face às consequências das acções desenvolvidas, quer para o actor social quer para o próprio sistema social.

No subsistema social, devido à dupla contingência inerente a toda a interacção, o actor é motivado pelo aspecto complementar das expectativas criadas entre ele e todos os outros com que interage e que regulam a sua acção, processo de que a comunicação constitui condição prévia para a estabilidade de significado, apenas possível pelo respeito mútuo das convenções de uma cultura, que assim proporciona os critérios a serem usados nos processos de avaliação em que intervém os diferentes actores sociais.

Os valores constituem o elemento central da estrutura do subsistema social que, juntamente com os subsistemas biológico, psicológico e cultural, integra o sistema geral de acção formulado por Parsons (1951). As estruturas dos subsistemas sociais são especializadas em organizações económicas (empresas), políticas (partidos), jurídicas (tribunais), culturais e religiosas, em que os valores representam ideais que orientam o sistema e lhe possibilitam absorver as flutuações transitórias sem grandes mudanças.

Os valores, enquanto elementos de um sistema simbólico partilhado por todos os actores sociais, caracterizam toda a acção humana - orientada para a consecução de metas e limitada pelas circunstâncias da situação em que se realiza -, que assim pressupõe a eleição de determinadas opções por entre um conjunto de dilemas que, por um lado, se podem analisar de acordo com qualquer dos quatro níveis usados para descrever a actividade humana (biológico, psicológico, social e cultural), e, por outro lado, caracterizam a existência do homem e se manifestam em qualquer tipo de acção desenvolvida.

Cada um destes dilemas, também designado de configuração de variáveis, constitui um sistema alternativo de eleição cujo significado pode ser apreendido nas orientações de valor, e apresentam-se de um modo dicotómico:

- a) Impulso *versus* disciplina, constitui o primeiro dilema que supõe a eleição entre distintos modos de actuar, que segundo uma terminologia freudiana poderiam ser classificados como estando em consonância com o princípio do prazer (opção de afectividade), ou com o princípio da realidade (opção de neutralidade afectiva). Este dilema, também designado por afectividade *versus* neutralidade afectiva, adquire diferentes significados consoante se analisa o plano cultural (padrões normativos de manifestação), o plano psicológico ou de personalidade (relação com o sistema de necessidades do actor e sua disposição para a gratificação imediata ou não) e o plano social (expectativa de papel);
- b) Interesse privado *versus* interesse colectivo, representa o dilema que pressupõe a existência de incompatibilidades ou conflitos entre interesses individualistas e interesses colectivistas, na orientação da acção;
- c) Transcendência *versus* imanência, é o dilema que dá conta de que os actores de uma qualquer situação podem interpretar as acções desenvolvidas e a diversidade de objectos sociais, de acordo com uma perspectiva globalista que se pode repercutir na negligência ou esquecimento das situações e objectos particulares (universalismo), ou, pelo contrário, podem procurar interpretá-las de acordo com as situações e objectos singulares e específicos (particularismo);
- d) Valorização dos factos pelo que são *versus* valorização dos factos pelos seus resultados, constitui o dilema que se refere à modalidade dos factos e que se resolve conferindo primazia seja aos aspectos qualitativos (do ser), seja aos aspectos de produção, de realizações;
- e) Globalismo *versus* especificidade, representa o quinto e último dilema, e faz referência à forma de conceptualizar os factos e as situações sociais:

considerando apenas um conjunto de aspectos ou ponderando toda a pluralidade de aspectos e dimensões.

Enquanto que os três primeiros dilemas se relacionam com o próprio sistema valorativo de orientação, a quarta e a quinta configurações de variáveis referem-se às opções no modo de se relacionarem os actores de um sistema social com os diferentes objectos e situações. A teoria de Parsons (1951) comunga alguns aspectos com a contribuição apresentada por Kluckhohn (1951), pois que ambas se baseiam na concepção dos valores como critérios para interpretar e compreender o mundo - finalidade que lhes confere uma dimensão avaliativa e preferencial -, e na sua organização em sistemas de valor estruturados em grandes categorias que procuram resumir a problemática da acção humana.

Por outro lado, a teoria da acção proposta por Parsons (1951), em que as influências de Durkheim e Weber são reconhecidas pelo próprio autor, tiveram repercussões na elaboração posterior de alguns questionários, desenvolvidos para análise dos diferentes níveis de sistemas conceptuais e determinação da sua relação com a dimensão atitudinal - no que concerne à compreensão do modo de se relacionar com o seu meio envolvente -, de que se podem destacar os trabalhos de Harvey (1961). Não obstante, a teoria de Parsons é também objecto de críticas por parte de alguns autores como Spates (1983), que aponta a inexistência de dados que validem a consistência lógica desta orientação funcionalista, em que os valores ocupam o topo da pirâmide do controlo cultural – controlando as normas, que por sua vez controlam o comportamento -, e em que as respostas às diferentes situações têm que obedecer à imposição dedutiva de categorias dadas *à priori*.

A reflexão que se tem tecido acerca da perspectiva histórica dos valores, numa distinção meramente académica das várias abordagens, traduz-se numa lógica conceptual que se reflecte na abordagem psico-sociológica dos valores que se passa a apresentar de seguida - na lógica da complementaridade iniciada com a abordagem antropológica e continuada pela sociológica -, em que se enfatizam particularmente os trabalhos de Maslow, Goldstein e Fromm.

2.1.2.3. Abordagem psico-sociológica

Na linha de pensamento da psicologia humanista, o problema dos valores pode ainda ser considerado à luz das necessidades dos indivíduos, pois que configuram estados internos de tensão agradável ou desagradável que obrigam a uma resposta comportamental. Esta actividade é intencional, voltada para um objectivo, devido à função orientadora ou canalizadora gerada pela necessidade. Decorre daqui, que os valores devem ser entendidos à luz da natureza intrínseca do ser humano, pois que não são mais do que a manifestação dessa tendência do ser humano para expressar e concretizar as suas potencialidades.

2.1.2.3.1 O contributo de Maslow

Em Maslow (1954, 1959), encontramos uma relação directa entre necessidades, saúde, valores e autorealização, apresentada de uma forma esquemática na célebre pirâmide da hierarquia das necessidades, em que a regulação e orientação preferencial do comportamento, quer em relação ao próprio desenvolvimento do homem quer ao meio social em que este se produz, é determinada por todo um conjunto de necessidades ou valores intrínsecos à natureza humana, que se hierarquizam em diferentes níveis, interdependentes, que assim determinam a sua intensidade e prioridade.

Há medida que se vão realizando e satisfazendo as necessidades mais básicas, determinadas por factores biológicos e constitucionais, vão aparecendo outras necessidades de ordem superior. Contudo, se por um lado, o bloqueio de uma necessidade impede a consciência das necessidades que se encontram mais acima na hierarquia, por outro lado, a satisfação de uma necessidade após privação prolongada, pode levar a uma preocupação permanente com a necessidade, predispondo mesmo uma pessoa a regredir periodicamente àqueles níveis, em particular quando necessidades de ordem superior são bloqueadas.

De acordo com a teoria da motivação preconizada por Maslow (1959), há uma tendência natural de desenvolvimento individual, que possibilita ter consciência da existência das necessidades de cada um dos níveis hierárquicos que formula, que

procuram também elucidar acerca da escalada motivacional que se pode observar desde a satisfação das necessidades mais básicas e universais, até à satisfação das chamadas necessidades psicológicas de interacção social, exploração do mundo exterior, etc., estas últimas evidenciando já um grau de diferenciação entre os indivíduos e entre as culturas. Decorre daqui, que a percentagem de satisfação e o grau de universalidade das necessidades, decresce tanto mais quanto maior o nível de necessidades.

Quando alguém procura realizar e satisfazer as suas necessidade de ordem superior, o modo como vai percepcionar a realidade torna-se sensível a um conjunto de valores (Maslow, 1959) que se referem a valores-metas intrínsecos à própria natureza humana, como a beleza, a perfeição, a verdade, etc., que na sua teoria da personalidade surgem como metanecessidades que podem configurar uma metapatologia, que se manifesta na ausência de saúde psicológica, na eventualidade destas necessidades não serem satisfeitas.

A autorealização, enquanto valor último, relaciona-se, por um lado, com o estado psicológico do homem, na medida em que conduz a um estado vital de harmonia, unidade da personalidade, espontaneidade, etc., e, por outro lado, com o processo dinâmico através do qual as pessoas procuram desenvolver ao máximo as suas potencialidades, pelas eleições que efectuam no decurso da sua vida, em que o ambiente, as condições sociais e culturais, desempenham um papel fundamental na determinação de uma situação que permita às pessoas alcançar este último valor.

Os trabalhos de Maslow vão influenciar quer a teoria dos valores políticos do materialismo e pósmaterialismo – respectivamente associados à satisfação das necessidades de bem-estar económico e de autorealização -, preconizada mais tarde por Inglehart (1971, 1977), que chega mesmo a sugerir que alguns valores constituem metas desejáveis, independentemente do grau de satisfação ou insatisfação destas necessidades, que está em consonância com as aspirações de uma pessoa ou de uma sociedade, quer ainda os trabalhos de Mitchell (1983) no âmbito da produção de uma metodologia de valores e estilos de vida, que resultaram na construção de um questionário internacional (VALS).

2.1.2.3.2. O contributo de Goldstein

A linha de pensamento de Goldstein (1959), tal como a preconizada por Maslow (1954, 1959), até pelas suas repercussões na concepção psicológica dos valores, constitui mais um programa ou uma atitude, do que propriamente um corpo teórico sistematizado e passível de ser operacionalizado. Em contraposição às teorias psicológicas associacionistas e elementistas dos anos trinta, Goldstein (1959) vem demonstrar preocupar-se com a necessidade de construir uma teoria que integre a compreensão e explicação da actuação humana, contrariando deste modo a preposição das teses naturalistas, no sentido da sobrevivência constituir o valor último da actuação do homem.

Para Goldstein (1959), a sobrevivência - enquanto garante da mera existência que se repercute na actualização e desenvolvimento da natureza do ser humano -, não representa uma condição primordial para o desenvolvimento das potencialidades humanas, pois que esse é o papel dos valores. Tanto as condições biológicas de sobrevivência como as condições decorrentes da organização social, constituem factores importantes para o desenvolvimento da autorealização. Contudo, não representam valores em si mesmo, embora se manifestem na facilitação ou inibição do sucesso da actualização das potencialidades do homem

Na perspectiva preconizada por este autor, os valores não têm então qualquer relação com conteúdos específicos nem se encontram associados a situações, objectos ou mesmo pessoas, antes representam a expressão e a vivência de uma adequação entre a natureza do homem e a natureza do mundo, pelo que se pode então afirmar que Goldstein (1959) mantém uma concepção interacionista dos valores, que se manifesta na sua consideração como um constructo psicológico que descreve e explica o modo como o indivíduo se relaciona com o seu meio ambiente e social. É pois neste sentido, que a autorealização representa o valor último que supõe a perfeita adequação e harmonia entre as capacidades do homem e as exigências do mundo em que este está inserido.

2.1.2.3.3. O contributo de Fromm

A teoria de Fromm (1959), embora fortemente enraizada nos sistemas deterministas elaborados por Freud – que se debruçou sobre o inconsciente, os impulsos biológicos e a repressão – e por Marx – que considerava as pessoas como produtos da sua sociedade e dos seus sistemas económicos -, e ainda nas teorias neo-freudianas de Adler e Horney, partilha também de alguns fundamentos teóricos acerca da concepção humanista dos valores, que resultam precisamente da integração do conceito de liberdade como a característica central da natureza humana, permitindo assim às pessoas transcender os determinismos impostos por Freud e Marx.

Para Fromm (1959), o homem faz parte da natureza e, simultaneamente, transcende-a em princípios de acção e processos de tomada de decisões que substituem os princípios instintivos, pelo que se pode falar de um marco orientador que lhe permite organizar uma composição consistente do mundo como condição indispensável para a prática de acções consistentes. É assim, de acordo com esta orientação psicológica, que Fromm (1959) preconiza uma teoria de valores que, evidentemente, passa pela construção de uma teoria psicológica da actuação humana.

Os valores devem então ser entendidos dentro do marco das características e condições do homem, que deve desenvolver a sua própria identidade pessoal para, neste processo dinâmico de individuação, tomar consciência da própria individualidade, pois que toda a conduta orientadora do homem se baseia nessa procura de identidade e consciência da individualidade. A necessidade de um sentido de identidade pessoal representa uma das condições fundamentais da existência do homem, pelo que os valores estão relacionados com o modo como estas necessidades são satisfeitas, manifestando-se numa conduta orientadora regulada pela preservação de um estado de saúde psicológica.

2.1.2.4. Abordagem psicológica

A abordagem psicológica, é a última que integra a reflexão que se apresentou acerca da perspectiva histórica delineada ao nível das teses humanistas, em que se

destacam particularmente os trabalhos desenvolvidos quer por Allport, Vernon e Lindzey, quer por MacClelland e Atkinson, quer ainda por Rokeach.

2.1.2.4.1 O contributo de Allport, Vernon e Lindzey

A problemática da concepção e avaliação psicológica dos valores tem sido objecto de atenção por parte dos cientistas desde a contribuição pioneira do filósofo alemão Spranger (cit. por Holt, 1962) em 1922, que estabeleceu a categorização do homem em seis tipos diferentes, de acordo com as suas orientações científica, artística, económica, religiosa, social e de liderança ou política. Para Allport (1937), um dos aspectos mais interessantes desta categorização, está em permitir a observação e avaliação da conduta orientativa do sujeito, possibilitando assim a realização de estudos empíricos por forma a determinar em que medida uma pessoa ou grupo partilha de uma ou mais destas orientações de valores. Os trabalhos realizados por Allport e Vernon (1931) ilustram algumas constelações entre estas seis categorias, como as covariações entre os valores teóricos e estéticos, económicos e políticos, e sociais e religiosos.

O conceito de autonomia funcional de Allport (1931), nos seus aspectos de perseverança e adequação, foi determinante para o enquadramento da categoria de valores posteriormente elaborada por Allport, Vernon e Lindzey (1951). Allport (1931), partilha da ideia de que existe uma tendência natural no homem para satisfazer as suas necessidades biológicas de sobrevivência, motivo que designa de funcionamento oportunista e que se caracteriza pela sua reactividade, orientação para o passado, tendo supostamente uma conotação biológica. Contudo, este autor não acreditava na consideração do passado como forma de compreender o presente de uma pessoa, crença que o levou a desenvolver, entre outros, o conceito de autonomia funcional, que nos diz que os motivos actuais de cada pessoa são independentes das suas origens e que assim nos “mostra o caminho para uma psicologia de traços, atitudes, interesses e sentimentos, completamente dinâmica, que podem agora ser considerados como disposições fundamentais e verdadeiras da personalidade madura” (Allport, 1937, pag. 205).

Este é o conceito que está por detrás da construção da escala de valores construída primeiro por Allport e Vernon (1931) e reformulada posteriormente por

Allport, Vernon e Lindzey (1951), designada de *Study of Values*, que integra um total de 45 questões que se organizam em duas partes distintas, ambas relacionando-se com o conteúdo da tipologia de valores, que pretendem analisar os juízos preferenciais e medir o grau em que estes são determinados pelos diferentes tipos de valores e interesses. Os diferentes tipos preconizados, constituem esquemas de compreensão que representam os tipos de valores ideais e repercutem-se em modos preferenciais de uma pessoa se orientar no mundo, que assim unificam a personalidade humana.

A classificação de Spranger (cit. por Holt, 1962), constituiu a base para a elaboração de uma escala de valores por Allport e Vernon, divulgada nos anos trinta e posteriormente aperfeiçoada por Allport, Vernon e Lindzey (1951), em que os valores são reclassificados de acordo com os seguintes seis tipos de homem: teórico (racional, lógico), económico (utilitário, hedonista), estético (beleza, harmonia), social (relações pessoais e sociais), político (poder, domínio) e religioso (unidade, transcendência).

Numa breve descrição dos modelos de homem temos então (Spranger, cit. por Holt, 1962):

1. O Teórico. Refere-se a todo um conjunto de valores e interesses que revela a preferência das pessoas pelo mundo das ideias e do conhecimento. A motivação principal é a procura do conhecimento e da verdade dos factos, ou, de outra forma, a compreensão intelectual do mundo;
2. O Económico. Diz respeito à orientação preferencial por tudo aquilo que é considerado útil, como resultado da procura de um conhecimento aplicado e prático. Muito embora este tipo se fundamente na satisfação das necessidades corporais, integra também valores e interesses das necessidades sociais e económicas;
3. O Estético. Procura fundamentalmente a expressão e a vivência do conhecimento nas suas manifestações práticas em termos de harmonia, beleza e boa forma, interesses que se traduzem na adopção de um ponto de vista que se

manifesta no modo como se relaciona com as pessoas, situações e objectos, e evidenciam uma tendência individualista e de autosuficiência;

4. O Social. Este modelo de homem privilegia a relação com os outros, interesse que, na sua forma mais pura, se manifesta na preocupação constante com o bem-estar dos outros, com as suas necessidades, em que os interesses dos outros são colocados acima dos seus;

5. O Político. A conduta do homem político é sobretudo orientada pela procura e obtenção de prestígio, reconhecimento social e poder, não sendo por isso de estranhar que a competitividade constitua a sua característica básica;

6. O Religioso. No chamado modelo religioso, a pessoa rege-se e orienta-se preferencialmente pela procura da unidade, o que pressupõe a aceitação de uma entidade superior que se sobrepõe a tudo o que é terreno e assim lhe permite experimentar o valor da unidade.

2.1.2.4.2. O contributo de MacClelland e Atkinson

Os trabalhos iniciados em 1948 por MacClelland e Atkinson, reflectem a preocupação de compreender os valores no âmbito da estrutura social configurada pelos sistemas familiares e ocupacionais, que, na prática se traduziram na procura dos aspectos fisiológicos, cognitivos e comportamentais por detrás das diferentes motivações individuais para o sucesso (cit. por Ros & Gouveia, 2001).

Para estes autores, a relação dos aspectos fisiológicos com o valor de motivação para o sucesso, caracteriza-se quer por uma maior activação do sistema nervoso central, quer ainda por uma maior vigilância e estado de alerta; em termos cognitivos, os indivíduos revelar-se-iam mais orientados para o aperfeiçoamento do seu desempenho; e, por último, no que concerne aos aspectos comportamentais, para além dos indivíduos ponderarem as suas acções em termos de custos e benefícios e assumirem a responsabilidade das suas acções, tenderiam ainda a procurar abordagens inovadoras para os problemas que se lhes colocavam.

Para MacClelland (1961), a necessidade de sucesso é característica da natureza humana nas suas acções quotidianas, e tende mesmo a prevelacer às outras motivações, inclusivamente à de ganhar dinheiro ou maximizar os ganhos existentes. Esta necessidade de reconhecimento pelos seus congéneres é então mais importante que qualquer meta qualitativa que se possa alcançar, pelo que esta necessidade de realização ou sucesso, para este autor, constitui a característica fundamental de todo o líder, sobretudo se coincide com a ideia de fazer algo bem ou melhor, sob os critérios da exigência e da excelência.

MacClelland (1987), considera ainda o poder e a afiliação como estruturantes da sua teoria da motivação. O poder, refere-se à necessidade de influenciar e controlar as pessoas e os grupos, para assim obter o reconhecimento por parte delas, que lhes é particularmente agradável pois que ambicionam adquirir progressivamente o prestígio e o *status* de que se sentem merecedoras, pelo que se revelam persuasivas na defesa das suas ideias. A afiliação, por outro lado, tem a ver com o desejo de ter relações interpessoais próximas e mesmo de amizade, o que fazem naturalmente, sem qualquer incómodo, até porque gostam de trabalhar em grupo e mesmo ajudar outras pessoas, aspectos que as tornam pessoas populares.

2.1.2.4.3. O contributo de Rokeach

A teoria de Rokeach (1968, 1973), insere-se nas origens da linha do pensamento humanista preconizada nas concepções de Kluckohn (1951), Smith (1963) e Williams (1967), sobretudo, e constitui uma retoma do problema axiológico originário da captação do valor. Contudo, muito embora este autor se queira contrapor à interpretação do constructo valor em termos estritamente emocionais e motivacionais, que caracteriza as teorias formuladas por Allport, Vernon e Lindzey (1951), Allport (1954), Fromm (1959) e Maslow (1954), acabam por considerar o valor como uma força motivacional, que se baseia numa estrutura cognitiva situada ao nível da representação simbólica e que, na sua relação com outras estruturas de conhecimento, permite que o sujeito estruture e organize os mundos físico e social (Rokeach, 1968).

Os trabalhos de Milton Rokeach (1968, 1973, 1979), são determinantes para a consideração e investigação dos valores no campo da psicologia social, que ganha particular relevo a partir dos anos 70, não apenas no sentido de verificar a validade e aplicabilidade da estrutura básica de valores proposta no âmbito da sua teoria, como também para apresentar novas propostas teóricas e metodológicas, complementares ou divergentes desta formulação, pelo que aqui merecem um destaque particular. O modelo proposto por este autor, permitiu observar as diferenças axiológicas existentes em diversos grupos sociais, e, deste modo, confirmar a relação por detrás dos valores individuais e da mobilização dos grupos, entre outros exemplos.

Na formulação de Rokeach (1968, 1973), o sistema total de crenças de uma pessoa é constituído por diferentes atitudes e valores, em que as atitudes – sempre em muito maior número -, se subordinam a alguns valores instrumentais que, por sua vez, estão funcional e cognitivamente ligados a um número ainda menor de valores terminais. A consistência interna do sistema de crenças de uma pessoa, assim constituído, permite, teoricamente, antecipar o seu comportamento. De referir ainda que, qualquer mudança numa das partes constituintes do sistema, tem consequências sobre todas as outras com que se interliga, pelo que daí advirá uma mudança ao nível comportamental.

Para Rokeach (1968, pag. 91), “uma atitude é uma organização de crenças, relativamente duradoura, em torno de um objecto ou situação que predispõe que se responda de alguma forma preferencial”, positiva ou negativa, dependendo da força relativa das crenças avaliativas de uma pessoa e dos seus sentimentos positivos ou negativos. Por outro lado, se todas as crenças são predisposições para a acção, consequentemente, uma atitude representa um conjunto de predisposições que se inter-relacionam na determinação da acção, embora as predisposições activadas dependam da particularidade da situação.

Este autor defende contudo, que o conceito de atitude tem ocupado uma posição demasiado central no âmbito da psicologia social, em detrimento dos valores que, pela posição que ocupam na estrutura cognitiva de um indivíduo, constituem crenças centrais, com um maior dinamismo em consequência da sua forte componente

motivacional. Os valores, enquanto instrumento analítico mais concreto e económico na explicação das semelhanças e diferenças das atitudes e comportamentos das pessoas, grupos, nações e culturas, mais do que qualquer outro conceito, deveriam ocupar um lugar central no âmbito da psicologia social, pois que permitem unificar os centros de interesse, aparentemente divergentes, de todas aquelas ciências que incluem no seu objecto de estudo o comportamento humano (Rokeach, 1968).

Basicamente, a teoria preconizada por Rokeach (1968, 1973), consiste na interpretação dos valores segundo uma perspectiva social integradora, pelo que a sua formulação se reflecte, quer na consideração daquelas características personalísticas de um indivíduo e de todos aqueles aspectos que têm a ver com a cultura de uma sociedade e dos grupos que a formam, quer na organização sistemática dos valores - que assim vem substituir outras soluções avançadas por todas aquelas disciplinas que também se debruçaram sobre a problemática axiológica -, quer ainda na observação das atitudes que desenvolvemos face a determinados objectos ou situações, como resultado das prioridades do sistema de valores de cada um.

O valor é então definido como “a crença duradoura de que um modo específico de conduta ou estado final de existência, é pessoal ou socialmente preferível a um modo de conduta ou estado final de existência oposto ou inverso”, e, consequentemente, um sistema de valor “é uma organização duradoura de crenças em relação a modos de conduta preferíveis ou estados finais de existência, ao longo de um contínuo de importância relativa” (Rokeach, 1973, pag. 92). Esta consideração dos valores como crenças que prescrevem o comportamento humano, este carácter determinante que Rokeach atribuiu aos valores, fez com que a sua conceptualização de valores se confundisse com princípios morais.

É na continuidade dos trabalhos iniciados por Rokeach que se insere a teoria do conteúdo e estrutura dos valores em Schwartz, que se passa a apresentar e fundamentar, bem como a terminologia inicialmente usada para distinguir e classificar os valores em terminais e instrumentais.

2.2. Teoria do conteúdo e estrutura dos valores em schwartz

A multiplicidade de métodos e instrumentos de medida, torna-se essencial para uma validação mais completa de determinados constructos, sendo esta a principal razão da existência de duas posições distintas, senão mesmo antagónicas, no estudo dos valores.

Assim, de um dos lados podemos encontrar os investigadores que defendem que a forma mais correcta de aceder aos valores mais importantes das pessoas, consiste na sua ordenação, processo que para Ball-Rokeach e Loges (1994) se encontra fenomenologicamente mais próximo da realidade do comportamento das pessoas, e que para Alwin e Krosnick (1985) se encontra mais fortemente relacionado com as variáveis que se pretendem estudar, mas que para Ng (1982) pode violar a assumpção estatística da independência necessária à boa investigação.

No pólo oposto desta discussão, encontramos os investigadores que defendem um procedimento nominal na avaliação dos valores pessoais, como Schwartz (1992, 1994), para quem uma classificação nominal tem a vantagem de permitir a atribuição da mesma importância a dois valores, por exemplo, como Maio, Roese, Seligman e Katz (1996), que contrariando alguns estudos anteriores, vêm dizer que a classificação nominal dos valores se relaciona de uma forma mais significativa com as variáveis em estudo, e ainda com Schwartz, Versako, Antonovsky e Sagiv (1997), que encontram uma correlação significativa entre a simples ordenação hierárquica dos valores e a desejabilidade social.

Para Schwartz e Bilsky (1987, 1990) e Schwartz (1992, 1994), existe um consenso na definição conceptual dos valores que permite distinguir este conceito de outros relacionados com necessidades e atitudes. Basicamente, os valores podem ser compreendidos como uma crença acerca de fins desejáveis ou formas de comportamento (objectivos terminais/instrumentais), que por um lado transcende a especificidade das situações, e, por outro lado, orienta a selecção e a avaliação de comportamentos, pessoas e situações, pela ordenação da importância relativa que tem face a outros valores. Esta definição pode ainda ser reformulada de modo a especificar o

grau de importância dos valores, bem como as suas características básicas (tipo de objectivo, interesses servidos e domínio motivacional).

Esta definição pode ainda ser reformulada de modo a especificar o grau de importância dos valores, bem como as suas características básicas: tipo de objectivo, interesses servidos e domínio motivacional. Assim, um valor é uma crença individual acerca de um objectivo transituacional (terminal *versus* instrumental) que exprime interesses (individualistas ou colectivistas) que se relacionam com um domínio motivacional (hedonismo... poder) avaliado pelo seu grau de importância (desde o muito importante até ao não importante) como um princípio orientador da vida de cada um, de um grupo, de uma nação, etc., (Schwartz & Bilsky, 1987).

Contudo, nenhuma destas definições dos valores humanos considera o conteúdo substantivo dos valores, pelo que foram posteriormente reformuladas (Schwartz, 1994), passando os valores a ser compreendidos como metas desejáveis e transversais às diferentes situações em que se insere o indivíduo ou outra entidade social, que se operacionalizam como princípios que orientam a sua vida em função da importância que se lhes atribui.

A consideração dos valores como metas pressupõe que os valores constituem critérios que dependem dos interesses de uma entidade social e são formulados para julgar e justificar toda a acção, sendo interiorizados quer através das experiências pessoais de aprendizagem quer pelo processo de socialização nos valores do grupo dominante, podendo ainda motivar a acção, conferindo-lhe uma direcção e intensidade emocional (Schwartz, 1994).

Como Schwartz e Bilsky (1987, 1990) reconheceram, existe um grande número de valores que poderiam ser estudados. Contudo, as afinidades partilhadas por alguns valores em diferentes grupos de pessoas, permitem que estes se agrupem em conjuntos distintos designados de “tipos de valores” que, por reflectirem diferentes objectivos motivacionais estabelecem um sistema de prioridades com uma estrutura de relações de conflitos e compatibilidades (Schwartz, 1994a). Ou seja, “o aspecto de conteúdo crucial para a distinção dos valores é o tipo de objectivos motivacionais que estes exprimem” (Schwartz, 1996, pag. 3).

A aceitação das três exigências universais anteriormente referidas, permite então derivar os diferentes tipos motivacionais e discernir a estrutura do inventário de valores inicialmente preconizada por Schwartz e Bilsky (1987, 1990) e posteriormente reformulada por Schwartz (1992). A estrutura deste inventário proposto posteriormente por Schwartz foi validada por intermédio de um estudo realizado em mais de 20 países muito diferentes no que concerne à cultura, língua, religião e à situação geográfica (Schwartz, 1992) e, os dez tipos motivacionais preconizados e as suas relações foram verificados por Schwartz e Sagiv (1995) em 80 amostras de 40 países.

2.2.1. Tipologia de conteúdo e estrutura das relações entre valores

Para uma melhor compreensão da teoria de valores preconizada por Schwartz, procede-se a uma abordagem independente da sua derivação, quer ao nível de uma tipologia de conteúdo dos valores, quer ao nível da estrutura de relações entre valores.

2.2.1.1 Derivação de uma tipologia de conteúdo dos valores

Para Gouveia, Martínez, Meira e Milfont (2001), a teoria de Schwartz (1992, 1994a, 1996; Schwartz & Bilsky, 1987, 1990) integra algumas das concepções formuladas por Rokeach (1973) no seu livro *The nature of human values* - que teve o mérito de abordar os valores segundo as participações da filosofia, antropologia, sociologia e psicologia -, e procura categorizar os valores em termos de conteúdo por forma a compreender a estrutura subjacente aos sistemas de valores e assim apresentar uma proposta de exploração intercultural que sustente uma verdadeira teoria de valores.

A noção de valor como um conceito ou crença acerca de um objectivo do tipo terminal ou instrumental, foi confirmada por Schwartz e Bilsky (1987) num estudo realizado sobre duas amostras de países diferentes, Israel e Alemanha, através do SSA, que projectou no espaço duas regiões distintas, uma contendo a lista de valores terminais construída por Rokeach e a outra a lista de valores instrumentais. Apenas o valor correspondente à obediência, da amostra alemã, estava fora do seu lugar. Ou seja, os resultados obtidos confirmaram claramente a hipótese de que as pessoas parecem distinguir os valores de acordo com a sua natureza dicotómica.

A preocupação inicial de Schwartz era criar uma estrutura de valores sistematizada em domínios distintos em vez de valores simples, para identificar, prever e interpretar, quer o impacto dos valores através de índices que reflectissem a importância destes domínios, quer os efeitos de diferentes variáveis sociais como a família, raça, etnia, etc., nos valores de cada um (Schwartz e Bilsky, 1987), pois basicamente o que distingue um valor do outro é o princípio motivacional que ele exprime (Schwartz, 1994a).

No processo de construção de uma tipologia dos conteúdos dos domínios de valores, Schwartz e Bilsky (1987) baseiam-se na literatura sobre necessidades, motivos sociais, exigências institucionais e funcionamento dos grupos sociais, para formularem uma assumpção teórica acerca da natureza e origem dos valores, em que os valores são definidos como representações cognitivas de três tipos de necessidades humanas básicas que preexistem em todos os indivíduos e sociedades, permitindo-lhes lidar com a realidade pelo reconhecimento, pensamento e planeamento das respostas face a estas três necessidades, que são:

- As necessidades dos indivíduos enquanto organismos biológicos.
- As necessidades de interacções sociais coordenadas.
- As necessidades do bom funcionamento e da sobrevivência do grupo.

A representação consciente destas exigências como objectivos ou valores, assenta no desenvolvimento cognitivo de cada um, enquanto que a sua expressão é aprendida no processo de socialização que todos partilhamos.

Enquanto objectivos em si, os valores representam os interesses de alguma pessoa (interesses individualistas como o prazer) ou de qualquer grupo (interesses colectivistas como a responsabilidade). Contudo, alguns valores como o amor adulto, parecem servir ambos os tipos de interesses (Schwartz & Bilsky, 1987).

A partir deste enquadramento teórico, Schwartz e Bilsky (1987) derivam, inicialmente, sete domínios motivacionais de valores (maturidade, segurança, pró-social, conformismo restritivo, satisfação, sucesso e autodirecção), de que reivindicam a

universalidade, afectando os valores das listas de Rokeach (1973) a cada domínio motivacional, com a argumentação de que pelo facto dos valores teorizados por Rokeach terem sido amplamente usados na literatura científica isso iria constituir uma boa plataforma de trabalho para a reanálise dos dados.

Esta distinção hipotética dos diferentes tipos motivacionais num conjunto circular com sete regiões distintas, cada uma das quais contendo os valores de apenas um domínio motivacional, foi confirmada através da técnica *Smallest Space Analyse* (SSA), em que a percentagem dos valores assinalados encontrados dentro das regiões correspondentes aos domínios motivacionais preconizados, foi de 96% para a amostra israelita e de 86% para a amostra alemã. Ou seja, as pessoas distinguiram os sete domínios motivacionais inicialmente derivados por Schwartz e Bilsky (1987) a partir dos valores preconizados por Rokeach (1973).

Contudo, é ainda de referir que a projecção bidimensional da análise SSA, revelou um outro tipo motivacional com significado estatístico que não fora derivado *a priori*, o poder social, que foi depois confirmado noutras quatro sociedades (Schwartz & Bilsky, 1987).

Posteriormente, Schwartz (1992, 1994a) derivou dez tipos motivacionais distintos (universalismo, benevolência, tradição, conformismo, segurança, poder, sucesso, hedonismo, estimulação e autodirecção) com base nestas três mesmas necessidades universais, que definiu em termos do objectivo central que cada um encerra, e que podem ser apreendidos nos valores exprimidos pelas acções desenvolvidas.

O tipo motivacional conformismo, por exemplo, resulta da interacção social coordenada para assegurar a sobrevivência do grupo, que implica a inibição dos impulsos e acções que possam magoar ou colocar os outros em perigo (Schwartz, 1994a).

Tabela 1 - Tipos motivacionais de valores (adaptado de Schwartz, 1992)

TIPOS MOTIVACIONAIS DE VALORES		
DEFINIÇÃO	VALORES	FONTES
Poder: Estatuto social, prestígio, controlo e domínio das pessoas e dos recursos	Poder social (poder e domínio sobre o outro), reconhecimento social (respeito e aprovação), preservação da sua imagem pública (preocupado em não perder a face), autoridade (dirigir e comandar), riqueza (bens materiais e dinheiro).	Interacção + Grupo
Sucesso: Êxito pessoal de acordo com a demonstração de competência segundo os critérios sociais em vigor.	Orientação para o sucesso (ser bem sucedido), competência (ser capaz e eficaz), ambição (trabalhar muito, voluntarismo), influência (exercer impacto sobre as pessoas e acontecimentos), respeito por si (crença no seu próprio valor), inteligência.	Interacção + Grupo
Hedonismo: Necessidade de Prazer e gratificação pessoal.	Prazer (satisfação dos desejos), desfrutar a vida (gostar da comida, do sexo, do descanso), dar-se prazer (fazer coisas agradáveis).	Organismo
Estimulação: Necessidade de excitação, de entusiasmo, de novidade e de variedade, que permitam manter um nível óptimo de actividade.	Uma vida excitante (experiências estimulantes), uma vida variada (repleta de desafios, de novidades e de mudanças) e audácia (procura da aventura e do risco).	Organismo
Autodirecção: Independência do pensamento e da acção, reflectida na escolha, criação e exploração.	Criatividade (imaginação e originalidade), liberdade (de pensamento e de acção), escolha dos seus próprios princípios (selecção dos seus próprios objectivos), curiosidade (interesse por tudo, explorador), independência (contar apenas consigo, autosuficiente) e privacidade (não estar exposto a olhos indiscretos).	Organismo + Interacção
Universalismo: Compreensão, apreço, tolerância e protecção do bem-estar de todas as pessoas e da natureza.	Igualdade (oportunidades iguais para todos), paz no mundo (livre de guerras e conflitos), harmonia com a natureza (adequação à natureza), sabedoria (compreensão adulta da vida), um mundo belo (beleza da natureza e das artes), justiça social (correção das injustiças e apoio dos fracos), abertura de espírito (tolerância das crenças e das ideias diferentes) e protecção do meio ambiente (preservação da natureza).	Grupo + Organismo
Benevolência: Preservação e melhoria do bem-estar das pessoas com as quais se está em contacto pessoal frequente.	Ser prestável (trabalhar para o bem-estar do outro), lealdade (fidelidade aos seus amigos, aos grupos próximos), indulgência (perdoar aos outros), honestidade (autêntico, sincero), responsabilidade (cumpridor) verdadeira amizade (amizade íntima, com quem se pode contar) e amor adulto (intimidade profunda, emocional e espiritual).	Organismo + Interacção + Grupo
Tradição: Respeito, compromisso e aceitação das ideias e dos costumes que a cultura ou a religião impõem ao indivíduo.	Respeito pela tradição (preservar os costumes consagrados pelos tempos), humildade (modesto), religioso (preso às crenças religiosas), aceitação da sua parte na Vida (submeter-se às circunstâncias da vida) e moderação (evitando sentimentos e acções extremas).	Grupo
Conformismo: Restrição das acções, inclinações e impulsos que possam ferir ou causar mal-estar aos outros e contrariar as expectativas ou normas sociais.	Obediência (cumprir as suas obrigações, ter o sentido do dever), bons modos (cortesia, boas maneiras), autodisciplina (resistir às tentações), honrar os seus pais e os mais velhos (mostrando respeito).	Interacção + Grupo
Segurança: Segurança, harmonia e estabilidade da sociedade, das relações e de si mesmo.	Ordem social (estabilidade da sociedade), segurança familiar (segurança daqueles de que se gosta), segurança nacional (protecção do meu país contra os seus inimigos), reciprocidade dos serviços obtidos (evitar estar em dívida para com os outros), limpeza (asseado, cuidado), sentimento de não estar isolado (de que os outros se preocupam comigo) e estar de boa saúde (não estar doente física ou mentalmente).	Organismo + Interacção + Grupo

Estes dez tipos de valores são os que se podem observar na tabela anterior, que se estrutura em três colunas que apresentam respectivamente a designação e descrição

de cada tipo motivacional – definido em termos da sua meta central -, alguns exemplos de valores específicos por cada um dos tipos preconizados, e, por último, os requisitos universais da existência humana de que se derivam cada um dos tipos de valor (organismo, grupo e interacção).

2.2.1.2. Derivação da estrutura de relações entre valores

A perspectiva estrutural da teoria de valores construída por Schwartz (1992), pretende explicar a dinâmica das relações entre os dez tipos de valor preconizados, em que obviamente a adopção de um determinado valor pode ser congruente ou contrária com outros valores.

Se por um lado, os indivíduos e os grupos, no movimento de adaptação à realidade social, transformam as necessidades básicas inerentes à condição humana de modo a expressá-las em termos de valores no processo comunicacional, por outro lado, a comparação dos valores para determinar a sua importância é de mais fácil compreensão quando se recorre à sistematização dos valores em diferentes tipos motivacionais, pelo facto de cada um destes integrar todos aqueles valores considerados relevantes e que partilhem o mesmo significado (Schwartz, 1992, 1994a; Schwartz & Bilsky, 1987, 1990). Só assim é possível estabelecer uma comparação entre diferentes culturas, no sentido de determinar que tipos de valores são compatíveis ou contraditórios (Schwartz & Bilsky, 1987).

Os tipos motivacionais inferidos a partir das três necessidades humanas universais preconizadas precocemente por Schwartz e Bilsky (1987, 1990), caracterizam-se por um conjunto de relações dinâmicas que permite associar os valores uns aos outros de um modo integrado de acordo com a compatibilidade e incompatibilidade entre os diversos tipos, cujas diferenças se evidenciam mais contínuas que discretas.

Cada um dos tipos motivacionais assim definidos (autodirecção, estimulação, hedonismo, sucesso, poder, benevolência, conformismo, tradição, segurança e universalismo), de acordo com a análise metodológica utilizada, forma uma região

distinta numa representação espacial, no caso do SSA, ou dá origem a um único factor, caso se aplique uma análise factorial, em que os valores se correlacionam directamente entre si (Gouveia, Martínez, Meira & Milfont 2001).

Para melhor se compreender esta relação de conflitos e compatibilidades entre os diferentes tipos motivacionais, observe-se que os valores ligados ao tipo poder, por exemplo, tal como a autoridade e a fortuna, se por um lado são incompatíveis com os valores associados ao tipo universalismo, como a igualdade e a justiça social, por outro lado, são compatíveis com os valores do tipo sucesso como a influência e a ambição. Do mesmo modo, a adopção de valores associados ao sucesso, por exemplo, é incompatível com a perseguição de valores ligados à benevolência que, no entanto, resultam compatíveis com os valores de conformismo (Schwartz, 1994a).

Ou seja, na prática, todas as acções desenvolvidas no sentido de satisfazer cada tipo de valor têm consequências psicológicas e sociais que, pelo facto de se poderem revelar incompatíveis ou compatíveis com a realização simultânea de outro tipo de valores, permite formular hipóteses acerca da universalidade das relações entre prioridades de valores (Schwartz, 1992; Schwartz & Sagiv, 1995).

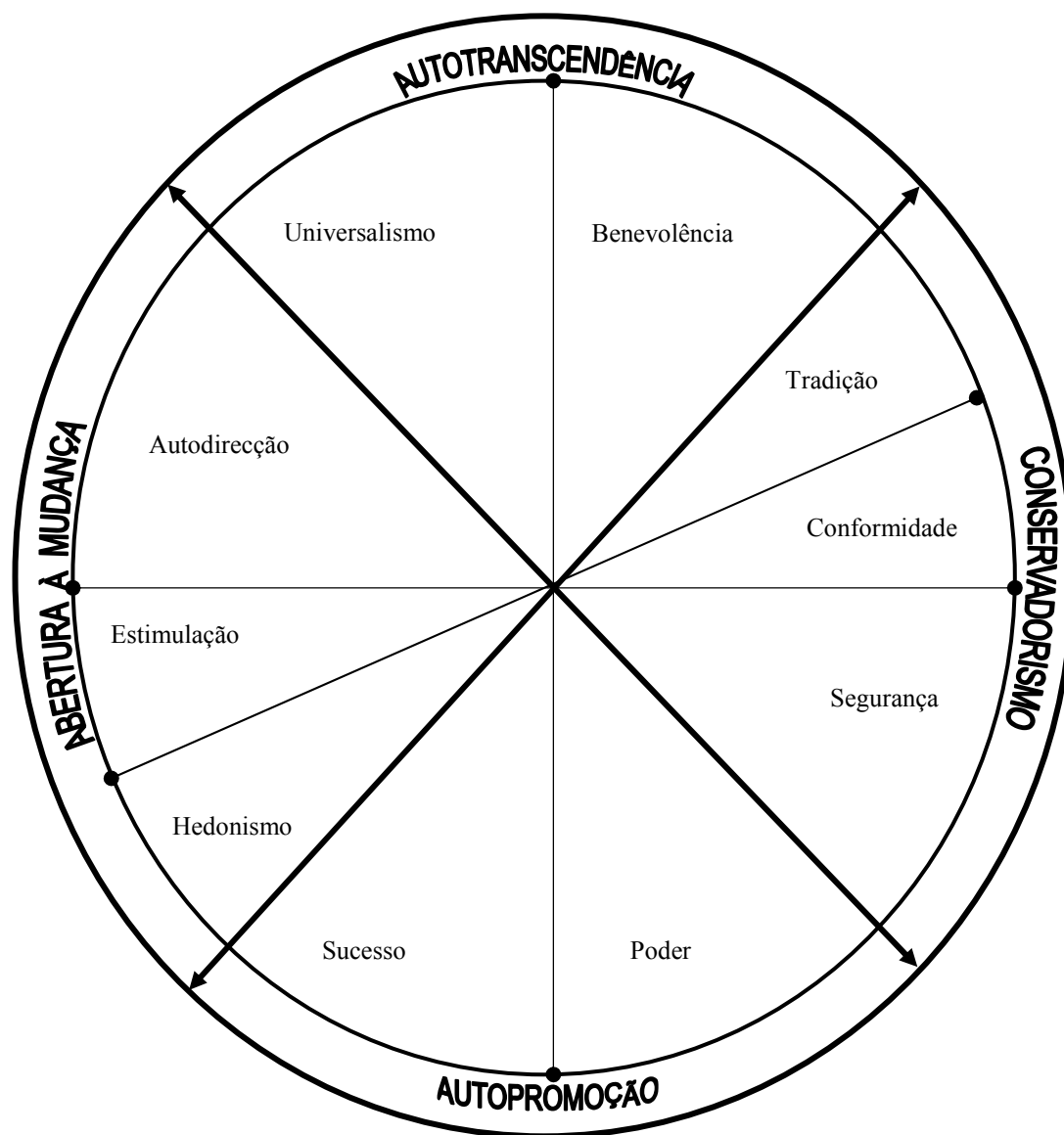
Estas relações de compatibilidade e incompatibilidade apresentam-se de forma resumida na figura 1, em que os tipos incompatíveis surgem nos pólos opostos do mesmo eixo, e os tipos compatíveis são representados como contíguos (Schwartz, 1992).

A representação gráfica da estrutura de valores preconizada por Schwartz (1992), no enquadramento da teoria formulada, possibilita a consideração de cada uma das hierarquizações dos valores possíveis como um preditor poderoso para a compreensão de determinados comportamentos sociais (Schwartz & Sagiv, 1995).

Por exemplo, o valor ambição pertencente ao tipo motivacional sucesso, é igualmente próximo, pela sua posição e significação, do tipo motivacional poder e dos valores que o integram. Contudo, o facto de a tradição e o conformismo constituírem dois tipos de valores que partilham um único objectivo motivacional que se refere à

subordinação face às expectativas socialmente impostas, legitima a representação gráfica destes dois tipos de valores no mesmo segmento de círculo, conforme se pode observar em algumas representações do autor (Schwartz, 1992).

Figura 1 – Estrutura relacional dos tipos de valor (adaptado de Schwartz, 1992)



Esta estrutura apresenta uma forma circular porque os valores formam um *continuum*, em que aqueles que se situam na fronteira de dois tipos motivacionais têm um significado próximo dos valores destes dois tipos (Schwartz, 1992, 1994a).

A natureza deste *continuum* torna-se mais clara quando se procura compreender os tipos motivacionais adjacentes com base nos aspectos motivacionais que partilham, a

saber (Schwartz, 1994a): a) poder e sucesso, que enfatizam a superioridade social e a estima; b) sucesso e hedonismo, ambos centrados na auto-satisfação; c) hedonismo e estimulação, que se referem ao desejo do despertar afectivo; d) estimulação e autodirecção, ambos envolvendo o interesse intrínseco pela novidade e pela mestria; e) autodirecção e universalismo, que exprimem a confiança no próprio juízo e conforto com a diversidade da existência; f) universalismo e benevolência, que partilham a preocupação com o bem-estar dos outros e com a transcendência dos interesses egoístas; g) benevolência e conformismo, que apelam ao comportamento normativo que promove a proximidade nas relações interpessoais; h) benevolência e tradição, que se reflectem na devoção ao próprio grupo a que pertencem; i) conformismo e tradição, que implicam a subordinação do *self* às expectativas sociais impostas; j) tradição e segurança, que exprimem a preocupação em preservar os acordos sociais conquistados que conferem segurança à vida; k) conformismo e segurança, que se referem à protecção da ordem e da harmonia das relações; l) segurança e poder, ambos sublinhando a preocupação em evitar ou superar o receio das incertezas mediante o controlo adequado das relações e dos recursos.

A teorização do *continuum* conceptual dos diferentes tipos motivacionais preconizados por Schwartz, é procurada ainda na sua universalidade e transculturalidade, tal como se pode verificar no sub-capítulo que se segue.

2.2.2. Universalidade dos tipos motivacionais

A preocupação demonstrada por Schwartz com o estudo transcultural dos valores vem na linha do pensamento de Rokeach (1973) e constitui um critério prático quer para reclamar a universalidade dos valores apresentados quer para desenvolver uma teoria universal sobre o conteúdo e a estrutura dos valores humanos.

Por outro lado, o modelo teórico preconizado por Schwartz (1992) distingue-se daquele proposto por Rokeach (1973), quer por utilizar uma medida que combina intervalos com âncora – em que se identificam previamente os valores pela sua importância -, quer por explicar a estrutura dos valores numa base motivacional.

Tabela 2 - Amostras de 44 países com indicação do número de passos para o ajuste ideal (adaptado de Schwartz, 1992)

PAÍS	TIPO	N	PASSOS AJUSTE IDEAL	PAÍS	TIPO	N	PASSOS AJUSTE IDEAL
Austrália	P	138	1,5	Hungria	P	141	1,5
	E	387	1,5		E	166	2,0
	G	199	0,5	Índia	E	200	6,5
	A	421	3,0	Indonésia	E	263	1,5
Bélgica	E	259	1,0	Israel	P	213	2,0
Bolívia	P	110	4,0		E	199	0,5
Brasil	P	244	2,5		G	207	0
	E	154	0		G	365	3,5
Bulgária	P	196	2,5	Itália	P	200	0
	E	179	2,0	Roma	E	199	0,5
Turquia étnica	P	181	6,5	Roma	E	158	0,5
Canadá	P	115	1,5	Japão Hyogo	P	229	1,0
	E	280	0,5	Osaka	E	542	0,5
China Guang Hebei Shang Shang	P	200	1,5	Tokyo	E	279	1,0
	P	199	6,0	Hokaido	E	266	1,0
	P	211	5,0	Osaka	G	207	0,5
	E	205	5,0	Japoneses Americ.	G	1435	0
	G	208	4,5	Malásia	P	149	4,5
	A	1839	4,5		E	210	5,0
Chipre (Gri) (Gri)	P	140	4,0	México	P	267	6,5
	E	142	4,0	Nepal	E	164	4,0
Rep. Checa	P	200	2,0		E	219	3,0
Dinamarca	P	170	2,5	Nova Zelândia	P	199	1,0
	E	194	3,0		E	202	2,0
Inglaterra	E	158	0,5	Polónia	P	195	2,0
	E	158	0,5		E	195	2,0
Estónia (rural) (rural)	P	189	4,5	Portugal	P	192	2,0
	P	230	6,0		E	198	0,5
	G	259	3,0	Singapura	P	149	2,5
	G	225	5,0		E	388	2,5
Finlândia	P	205	1,5	Eslováquia (rural)	P	189	1,5
	E	295	0		P	173	3,0
	G	1862	2,0		E	208	0
	E	205	4,0	Eslovénia	P	199	3,0
França	P	159	0,5		E	214	1,5
	G	360	0,5	África do Sul (Br)	G	309	0
Georgia	P	200	2,5		G	308	0
	E	206	2,5	Suécia	E	187	3,0
Alemanha (E) (O)	P	202	2,0		E	201	0
	E	266	3,0	Suíça (Fr)	E	201	0
	P	187	3,0		P	202	7,0
	E	377	0,5	Taiwan	P	202	7,0
Grécia	P	234	0,5	Turquia	P	183	5,5
	E	195	0,5	Estados Unidos Illinois Noroeste	P	261	0,5
Holanda	P	187	0,5		E	240	0,5
	E	277	0		E	244	2,5
	G	240	0,5	Venezuela	P	117	3,0
Hong Kong	P	201	2,0		E	185	1,5
	E	211	2,0	Zimbabué	P	205	5,0

Nota: P = Professores E = Estudantes G = Adulto em geral A= Adolescente

No sentido de compreender se a ordem estrutural que preconiza para os dez tipos motivacionais teorizados tem um carácter universal, Schwartz (1992) desenvolve um índice que representa o somatório do número de inversões ou movimentos necessários para reorganizar a ordem estrutural dos dez tipos de valor encontrados numa amostra, de modo a coincidir com a estrutura que preconiza como ideal, tal como se observa na tabela anterior.

Se, por exemplo, a região relativa ao poder se encontrasse entre as regiões correspondentes à autodirecção e à estimulação, e todas as outras regiões se mantivessem de acordo com a estrutura teorizada, seriam necessários 2 movimentos para repor a estrutura ideal. Na tabela 2 pode-se observar o número de inversões realizadas por cada uma das 97 amostras dos 44 países, em que a moda obtida em 19 das amostras foi de 0.5 e a mediana de 1,7.

Com excepção de uma das amostras estudadas, o número de movimentos necessários para repor a estrutura teorizada foi menor do que aquele que se encontraria para uma ordenação ao acaso (menos de 7 movimentos para $p < 0,05$), e, para 88% das amostras, foram mesmo necessários menos do que 5 movimentos (Schwartz, 1994a).

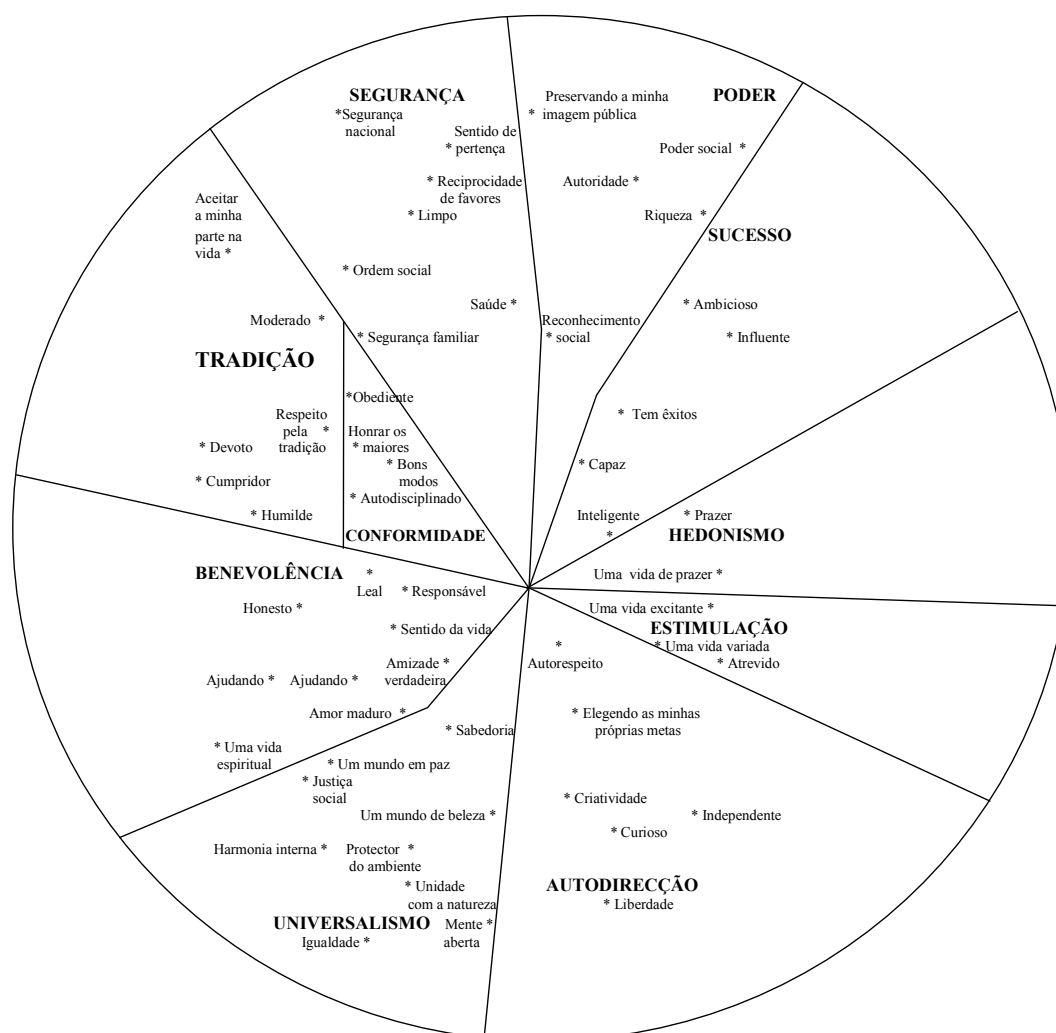
O desvio encontrado na maioria das estruturas das diferentes amostras em relação à estrutura teorizada, embora menor no mundo ocidental do que nos países do oriente e da América do Sul, se por um lado impossibilita o reconhecimento universal da ordem dos dez tipos de valor, por outro lado, demonstra que a estrutura idealizada está muito próxima da estrutura de relações entre os dez tipos de valor para a maioria das amostras, (Schwartz, 1994a).

Para testar a universalidade da teoria preconizada, Schwartz (1994a) e os seus colaboradores procederam à aplicação de 25 863 inventários, entre 1988 e 1993, em 44 países diferentes, num total de 97 amostras: 41 de professores de diversos graus de ensino, 42 de estudantes de diversas universidades, 12 de adultos e 2 de adolescentes.

Com base nas primeiras 36 amostras de 20 países, Schwartz (1992) procede a um SSA, conforme se pode observar na figura 2, operando apenas sobre a média dos resultados de cada uma das amostras como forma de minimizar as diferenças culturais, em que os dez tipos de valores preconizados aparecem representados em diferentes

regiões que integram respectivamente todos os valores teorizados e reproduzem a estrutura de relações postulada *a priori*: Em 39% destas amostras, 2 dos 10 tipos motivacionais não emergiram em regiões diferentes, o que para Schwartz (1992) está de acordo com o *continuum* motivacional teorizado; em 29% das amostras, os dez tipos de valores surgem em regiões diferentes; em 84% das amostras, os dez tipos de valores aparecem representados em regiões distintas ou adjacentes, conforme a estrutura prévia delineada; em 98% das amostras, 8 dos 10 tipos de valores formam regiões diferenciadas.

Figura 2 - SSA baseado na média dos resultados das 36 amostras de 20 países (adaptado de Schwartz, 1992)



Em 24% destas amostras, distinguem-se ainda alguns valores como o sentido da vida, vida espiritual e harmonia interna, que para Schwartz (1992) cumprem os requisitos para serem o 11º tipo motivacional, pois que no SSA correspondem a uma região espiritual diferenciada. Contudo, a espiritualidade não pode ser considerada um

tipo de valor universal, já que mesmo depois de abandonar o critério de formar uma região apenas quando se encontrassem três dos cinco valores correspondentes, apenas 42% das amostras formaram uma região espiritual diferenciada.

Relativamente às 19 amostras que resultaram da participação de outros investigadores e que se concretizaram na exploração de mais valores no sentido de procurar outras regiões, através da análise SSA, que sugerissem a existência de tipos de valores diferentes dos preconizados, foram encontrados apenas quatro valores que se relacionavam com um eventual tipo de valor respeitante à boa cidadania, pois que formavam uma região diferenciada, situada entre as regiões de segurança e conformismo, para os professores polacos, mas que para os estudantes deste país se localizava na região correspondente à segurança. Nenhum dos valores sugeridos pelos investigadores alterou a estrutura dos tipos de valores teorizados por Schwartz (1992). De salientar ainda que em resultado desta análise SSA, a região correspondente à tradição emergiu fora da região do conformismo, o que veio contradizer e modificar a teoria estrutural preconizada anteriormente.

Por outro lado, na maioria das amostras estudadas, muito embora os dez tipos de valores configurassem regiões distintas, alguns destes apresentaram uma maior percentagem de amostras com que formaram uma região diferenciada, ou, uma região conjunta com a sua região vizinha – tal como fora postulado -, como se pode observar na tabela 3.

Tabela 3 - Organização de cada tipo de valor em termos de regiões diferenciadas ou conjuntas (adaptado de Schwartz, 1992)

TIPOS DE VALORES	REGIÃO DIFERENCIADA	REGIÃO CONJUNTA
PODER	92 %	94 %
SUCESSO	94 %	96 %
HEDONISMO	79 %	94 %
ESTIMULAÇÃO	70 %	99 %
AUTO-DIRECÇÃO	75 %	100 %
UNIVERSALISMO	74 %	100 %
BENEVOLÊNCIA	63 %	100 %
TRADIÇÃO	89 %	99 %
CONFORMIDADE	60 %	100 %
SEGURANÇA	74 %	99 %

Schwartz (1994a) defende que apenas os valores com um significado semelhante nas diferentes culturas, deveriam ser usados para comparar e clarificar o grau em que cada valor reflecte, com fidelidade, um significado motivacional em distintas nações ou

grupos culturais, pelo que procura compreender o significado motivacional de um valor na relação estabelecida com as regiões formadas pelos diversos tipos de valor.

Tabela 4 - Projecção empírica das percentagens de cada valor em relação às regiões de cada tipo motivacional (adaptado de Schwartz e Sagiv, 1995)

PODER		BENEVOLÊNCIA	
Poder Social	100	Ajuda	98
Autoridade	97	Honesto	94 (6)
Riqueza	95	Não rancoroso	88 (8)
Preservação da Imagem Pública	64 (32)	Leal	82 (12)
Reconhecimento Social	62 (36)	Responsável	79 (18)
		Amizade Verdadeira	65 (14)
SUCESSO		Vida Espiritual	57 (35)
Ter Êxito	96	Amor Maduro	53 (22)
Ser Capaz	87	Sentido na Vida	42 (33)
Ambicioso	85		
Influente	76 (21)	TRADIÇÃO	
Inteligente	66	Devoto	96
Autorespeito	36 (4)	Aceita a sua parte na vida	90 (4)
		Humilde	81 (16)
HEDONISMO		Moderado	76 (22)
Prazer	98	Respeito pela Tradição	76 (22)
Disfrutar a Vida	97	Distanciamento	48 (15)
ESTIMULAÇÃO		CONFORMIDADE	
Atrevido	96 (3)	Bons modos	95 (5)
Vida Variada	96 (3)	Honra os pais e os idosos	93 (6)
Vida Excitante	90 (5)	Obediente	91 (9)
		Autodisciplinado	85 (14)
AUTO-DIRECÇÃO		SEGURANÇA	
Criatividade	95 (3)	Limpo	87 (8)
Curiosidade	92 (3)	Segurança Nacional	85 (3)
Liberdade	84 (5)	Ordem Social	81
Escolha das próprias metas	81 (4)	Segurança Familiar	80 (3)
Independente	78 (9)	Reciprocidade de Favores	75 (9)
		Saúde	57
UNIVERSALISMO		Sentido de Pertença	56 (10)
Proteger o meio ambiente	93 (3)		
Um Mundo de Beleza	93 (4)	NOTA: Nas amostras urbanas de	
Unidade com a Natureza	90	professores do Chipre, Singapura e	
Tolerância	86 (10)	Eslováquia, tal como na amostra adulta	
Justiça Social	77 (11)	do Japão, usa-se a projecção de 1 x 3 da	
Sabedoria	77 (13)	solução tridimensional.	
		As percentagens nas regiões adjacentes	
		à região principal são mostradas entre parênteses.	

O significado mais comum para cada um dos tipos de valor é apresentado na tabela 4, que se baseia nas projecções do SSA de duas dimensões realizado sobre as 97

amostras já referidas, para nos informar da percentagem de amostras em que cada valor emergiu quer no seu tipo de valor mais comum, quer nas regiões adjacentes ao tipo de valor mais comum – apresentada entre parênteses.

Dos 56 valores que integram originalmente o SVS, 44 emergiram na região correspondente ao seu significado primário dado *a priori* – em pelo menos 75% das amostras -, 47 demonstraram um significado consistente em pelo menos 83% das amostras - que na maioria dos casos rondou os 90% -, mesmo em relação às regiões adjacentes, para as quais cerca de dois terços dos desvios registados se podem atribuir a erro estatístico segundo Schwartz e Sagiv (1995).

Verificou-se ainda que quando os valores formavam uma região conjunta, os valores simples associavam-se ao tipo definido *a priori*, desde que este integrasse a região conjunta, senão, associavam-se ao tipo alternativo encontrado na região em que emergiram com maior frequência.

Para Schwartz (1994a), estes estudos demonstram a estabilidade da consistência do significado motivacional dos valores - de que reivindica a universalidade -, muito embora conclua (Schwartz & Sagiv, 1995), que alguns valores apresentam significados distintos sem qualquer relação, como o autorespeito, o distanciamento, a saúde, etc.

A universalidade da consistência estatística destes tipos motivacionais, é também investigada quer na estruturação bipolar subjacente à sua consideração em termos de conflitos e compatibilidades, quer na formulação dos tipos de valor de ordem superior, tal como se passa a apresentar.

2.2.3. Conflitos e compatibilidades dos dez tipos motivacionais

Nos últimos anos têm-se realizado diversos estudos para comprovar a existência dos dez tipos motivacionais enquanto estruturas latentes de primeira ordem (Gouveia & cols., 2001; Schwartz, 1992, 1994a; Schwartz & Bilsky, 1987, 1990; Tamayo & Schwartz, 1993).

Schwartz (1992), trabalhando sobre um total de 40 amostras oriundas de 20 países,) procurou validar e demonstrar a universalidade das compatibilidades e incompatibilidades dos diferentes tipos motivacionais, encontrando uma relação de compatibilidade em 11 pares de tipos de valores (poder-sucesso, sucesso-hedonismo, hedonismo-estimulação, estimulação-autodirecção, autodirecção-universalismo, universalismo-benevolência, benevolência-conformismo, conformismo-tradição, tradição-segurança, segurança-poder e segurança-conformismo) e uma relação de incompatibilidade em 12 pares de tipos de valores (autodirecção-conformismo, autodirecção-tradição, autodirecção-segurança, estimulação-conformismo, estimulação-tradição, estimulação-segurança, universalismo-poder, universalismo-sucesso, benevolência-poder, benevolência-sucesso, hedonismo-conformismo e hedonismo-tradição).

A estrutura de compatibilidades e incompatibilidades teorizada para os diferentes tipos de valores, também pôde ser observada na projecção bidimensional do SSA de diferentes regiões com representações de oposição e adjacência. É ainda de referir que na análise efectuada não se encontraram quaisquer outras configurações espaciais que correspondessem a tipos motivacionais diferentes daqueles formulados por Schwartz. Na análise dos dados processados pelo SSA (*Smallest Space Analysis*), o processo de identificação dos diferentes tipos de valores baseou-se em avaliações e interpretações independentes das regiões configuradas por diferentes conjuntos de pontos interrelacionados, em que, pelo menos 70% dos valores que emergiram em cada região tinham correspondência com os valores associados a cada tipo motivacional teorizado.

A existência dos dez tipos motivacionais de valores e a adequação da estrutura de compatibilidades e conflitos entre estes, foi também comprovada nos estudos realizados por Gouveia e cols., (2001) sobre uma população de 477 estudantes universitários, através de uma análise factorial confirmatória realizada com o programa LISREL, em que os pesos ou as saturações factoriais encontradas resultaram estatisticamente diferentes de zero ($t > 1,96$, $p < 0,05$) e positivas, facto que confirmou que o conjunto de valores específicos estavam adequadamente distribuídos pelos tipos motivacionais teorizados.

Para verificar a estrutura de compatibilidades e conflitos estabelecida no modelo de Schwartz, foram observadas a magnitude e direcção apresentadas na matriz de correlações entre os factores resultantes da análise factorial confirmatória, que corroboraram todas as compatibilidades estabelecidas. Porém, os resultados referentes aos conflitos não confirmaram inteiramente a teoria: O par constituído pelos tipos motivacionais sucesso e benevolência evidenciou-se compatível enquanto que 6 pares de tipos motivacionais apresentaram uma correlação neutra, revelada pela ortogonalidade dos diferentes pares de tipos de valores.

Não obstante, os autores concluem que a teoria preconizada por Schwartz (1992) é globalmente adequada, e que as diferenças encontradas no que se refere à confirmação dos conflitos, se podem dever à especificidade do contexto cultural – pois que o estudo se realizou em países ibero-americanos –, e à expressão do conflito através do coeficiente de correlação negativo e estatisticamente significativo – já que as dispersões existentes podem ser minimizadas ou neutralizadas através deste método.

Os diferentes tipos motivacionais podem ainda ser considerados em função das suas dimensões de ordem superior (Schwartz, 1994a), ou em função de quem beneficia com o comportamento adoptado face a cada tipo de valor, que assim define os interesses individualista ou colectivista que podem cumprir (Schwartz & Bilsky, 1987, 1990).

2.2.3.1. Tipos de valor de ordem superior

A aplicação transcultural do *Schwartz Value Survey* (SVS) e o recurso à técnica de análise do espaço mínimo (*Smallest Space Analysis*), permitiram concluir que, provavelmente, o sistema de valores se estruturava em duas dimensões básicas bipolares como se pode também observar na figura 1. A análise dos estudos realizados legitimam pois a conclusão de que as dimensões básicas preconizadas por Schwartz (1992) como tipos de valor de ordem superior são quase universais.

De acordo com Schwartz (1994a), a primeira dimensão opõe os valores que enfatizam a independência de juízo e acção e favorecem a mudança, ou seja, aqueles tipos de valores associados à abertura à mudança (autodirecção e estimulação), àqueles

ligados ao conservadorismo (segurança, conformismo e tradição) e aparece em 96 das 97 amostras recolhidas entre 1988 e 1993 por Schwartz e seus colaboradores em 44 países diferentes. A segunda dimensão opõe os tipos motivacionais orientados para a autotranscendência (altruísmo) aos tipos motivacionais ligados ao autobenefício ou autoaperfeiçoamento (desenvolvimento pessoal) e aparece em 94 das 97 amostras do referido estudo. Os tipos motivacionais ligados ao altruísmo são o universalismo e a benevolência; aqueles que se associam ao desenvolvimento pessoal são o poder e a autodirecção e, por último, o hedonismo relaciona-se com a abertura à mudança e com o desenvolvimento pessoal.

Uma vez que o conhecimento dos valores dos indivíduos que integram um qualquer grupo, organização ou cultura, permite um maior conhecimento da sua dinâmica cultural, apresentam-se de seguida algumas considerações teóricas acerca dos diferentes tipos de cultura e organizações, especificando-se particularmente a teoria de valores culturais de Schwartz no que se refere, quer aos três problemas com que se confrontam todas as sociedades, quer à estrutura de relações entre os valores culturais, quer ainda à consequente validação da sua teoria cultural e subjacente comparação das diferentes culturas ao nível dos valores.

2.3. Tipos de cultura e organizações

Para Kolasa (1978), a cultura representa um conceito que se refere aos aspectos partilhados pelos membros de um grupo, como o seu sistema de valores, crenças, expectativas e outros tipos de comportamento, definição que é retomada por Adler (1986), para quem a expressão cultural de uma sociedade constitui um reflexo da interacção complexa entre os valores, as atitudes e os comportamentos evidenciados pelos seus membros. Ou seja, o processo cultural manifesta-se no conjunto de comportamentos, não conscientes, exibidos pelo indivíduo no modo como apreende o meio em que está inserido (Goguelin, 1994).

A cultura surge então como um fenómeno que se constrói essencialmente na dependência social de um indivíduo, pelo que naturalmente se traduz em maneiras colectivas de pensar e sentir que constituem a herança cultural de um grupo ou

sociedade, relativismo cultural que para Lévi-Strauss e Eribon (1988), impede a eleição de critérios absolutos para julgar as actividades das diferentes culturas.

Todd (1983), por exemplo, estuda e classifica as culturas com base nas estruturas familiares tradicionais preservadas por uma sociedade que, na sua opinião, explicam e determinam o sucesso ou insucesso das particularidades ideológico-políticas em cada país.

Contudo, no âmbito de uma reflexão que Richard Shweder (1991) apresenta sobre o papel que a cultura, enquanto constructo, desempenha sobre a psicologia, tomada na sua generalidade, fica claro que os psicólogos tendem a atribuir uma grande importância a todos os aspectos culturais, que parecem actuar por intermédio de mecanismos universais que representam o objecto real dos seus interesses.

2.3.1. A teoria de valores culturais de schwartz

Por forma a compreender o modo como as prioridades dos valores culturais influenciam o significado do trabalho na vida dos indivíduos, Schwartz (1999) – numa crítica às teorias formuladas por Hofstede (1991), Inglehart (1977, 1990) e Triandis (1990) -, diz que é necessário procurar capturar o maior número possível de potenciais dimensões de valores e utilizar instrumentos suficientemente validados para o estabelecimento de uma verdadeira equivalência de significados entre as diferentes culturas, preconizando então uma teoria de valores culturais a partir da qual sugere quer algumas implicações para o contexto do trabalho, quer algumas normas sociais acerca do trabalho, quer ainda alguns objectivos profissionais em diferentes sociedades.

Para Schwartz (1999), os valores culturais constituem as bases das normas que representam o que implícita ou explicitamente é partilhado, como os pensamentos, ideias, opiniões ou crenças acerca do que é bom, está correcto ou é desejável nas mais diversas situações, pelo que as prioridades dos valores culturais se exprimem no modo de funcionamento e objectivos das diferentes instituições sociais como a família, a escola, a religião, a política, a economia, etc. Ou seja, as sociedades que valorizam a ambição e o sucesso, têm sistemas legais e económicos mais competitivos, enquanto

que as sociedades que enfatizam o bem-estar das pessoas, por exemplo, têm sistemas legais e económicos mais corporativos.

As prioridades dos valores que caracterizam uma cultura, inferidas a partir das prioridades dos valores individuais - que por sua vez constituem um produto quer da cultura que todos os membros de uma sociedade partilham, quer da especificidade da experiência de cada um -, contribuem para facilitar a adaptação individual às instituições em que se trabalha. Por outro lado, o conjunto de prioridades dos valores culturais que se partilham, para além de reflectirem os aspectos básicos e problemas de uma sociedade, faz com que as pessoas investidas de uma liderança formal, como os governantes e os professores, determinem os comportamentos socialmente adequados para a regulação das diferentes situações, como participar em acções humanitárias, ir para a guerra, punir alguém, etc. Ou seja, o sucesso, a justiça, a liberdade, a ordem social e a tradição, por exemplo, constituem alguns dos objectivos socialmente aprovados que são utilizados para a motivação e justificação das acções desenvolvidas por aquelas pessoas que ocupam funções com um poder de decisão relevante (Schwartz, 1999).

2.3.1.1. Os três problemas com que se confrontam todas as sociedades

No âmbito desta consideração teórica, Schwartz (1999) deriva quer um conjunto de sete tipos de valores culturais (autonomia intelectual e afectiva *versus* conservadorismo, hierarquia *versus* igualdade e domínio *versus* harmonia), que no seu entender - e após consideração dos três aspectos básicos com que se defrontam todas as sociedades -, permite a comparação de diferentes culturas, quer ainda a estrutura de relações entre estes tipos de valores. Os aspectos subjacentes a estas considerações teóricas, podem ser encontrados nos estudos publicados por Schwartz em 1999, de que se apresenta seguidamente um sumário.

2.3.1.1.1. Autonomia (intelectual, afectiva) / Conservadorismo

Esta primeira questão, geralmente designada de individualismo / colectivismo, constitui talvez a dimensão cultural mais importante a que todas as sociedades devem

dar resposta, pelo que tem merecido a atenção de diversos autores, em particular de Gouveia e cols. (Gouveia, Clemente & Vidal, 1997 ; Gouveia & Clemente, 2000; Gouveia e Ros, 2000; Gouveia & cols., 2001), Hofstede (1980, 1984), Hui e Yee (1994), Kagitçibasi (1997), Triandis (1996). Ou seja, se por um lado as sociedades têm que decidir por que interesses devem prioritariamente regular as suas actividades – individualismo e independência, ou, colectivismo e interdependência -, por outro lado, têm também que definir em que medida as pessoas são autónomas ou interdependentes do grupo. Quanto mais ligadas ao grupo, menos conflitos de interesses serão experimentados.

A autonomia, representa o pólo desta dimensão que reflecte a cultura que privilegia o individualismo, em que a realização assenta na expressão da singularidade dos atributos internos de cada um, como as preferências, os sentimentos, os motivos, etc., sendo ainda possível fazer uma distinção conceptual entre dois tipos de autonomia: autonomia intelectual, em que a cultura enfatiza a prossecução individual das suas próprias ideias, opiniões, pensamentos e outras manifestações intelectuais, como a curiosidade, afirmação e criatividade; autonomia afectiva, em que a cultura privilegia o desejo dos indivíduos procurarem por si próprios experiências afectivas positivas, como o prazer, uma vida excitante e variada, etc.

O conservadorismo, por sua vez, descreve as culturas que consideram o indivíduo como uma entidade integrada e envolvida na colectividade, que assim se realiza através das relações sociais, pela identificação com o grupo e pela participação no modo de vida que partilham. Nestas culturas, por vezes, torna-se necessário restringir determinadas acções e inclinações por forma a assegurar a manutenção da ordem social e da solidariedade do grupo, pelo que a ordem social, o respeito pela tradição, a segurança familiar e a liberdade, constituem alguns dos valores que integram este conceito de conservadorismo.

2.3.1.1.2. Hierarquia / Igualdade

O segundo problema básico com que se defrontam todas as sociedades está na garantia de um comportamento responsável por parte dos seus membros, pelo que as

peças devem ser estimuladas a considerar o bem-estar dos outros nas diferentes interações que estabelecem, a coordenarem-se com estes nas mais diversas actividades e a gerir da melhor forma as inevitáveis interdependências, pois só assim é possível cada sociedade preservar a sua estrutura social.

A hierarquia, representa uma das resoluções deste problema, e refere-se à utilização do poder associado às funções dos diferentes sistemas hierárquicos vigentes numa sociedade, para a promoção de comportamentos socialmente responsáveis, pois que no decurso do processo de socialização as pessoas seriam orientadas para o cumprimento das regras, normas e obrigações associadas ao seu papel. Uma cultura assim tende a promover a legitimidade de uma distribuição desigual do poder, normas e recursos sociais, como o poder social, a autoridade, a submissão, a prosperidade, etc.

A igualdade representa a ênfase cultural na transcendência de interesses egoístas e na promoção do compromisso voluntário para assim assegurar o bem-estar dos outros através da igualdade, justiça social, liberdade, responsabilidade, honestidade, etc., e constitui uma solução alternativa para o problema da responsabilidade social, pois que induz os membros de uma sociedade a reconhecerem-se como iguais, em termos morais e nos interesses que partilham enquanto seres humanos.

2.3.1.1.3. Domínio / Harmonia

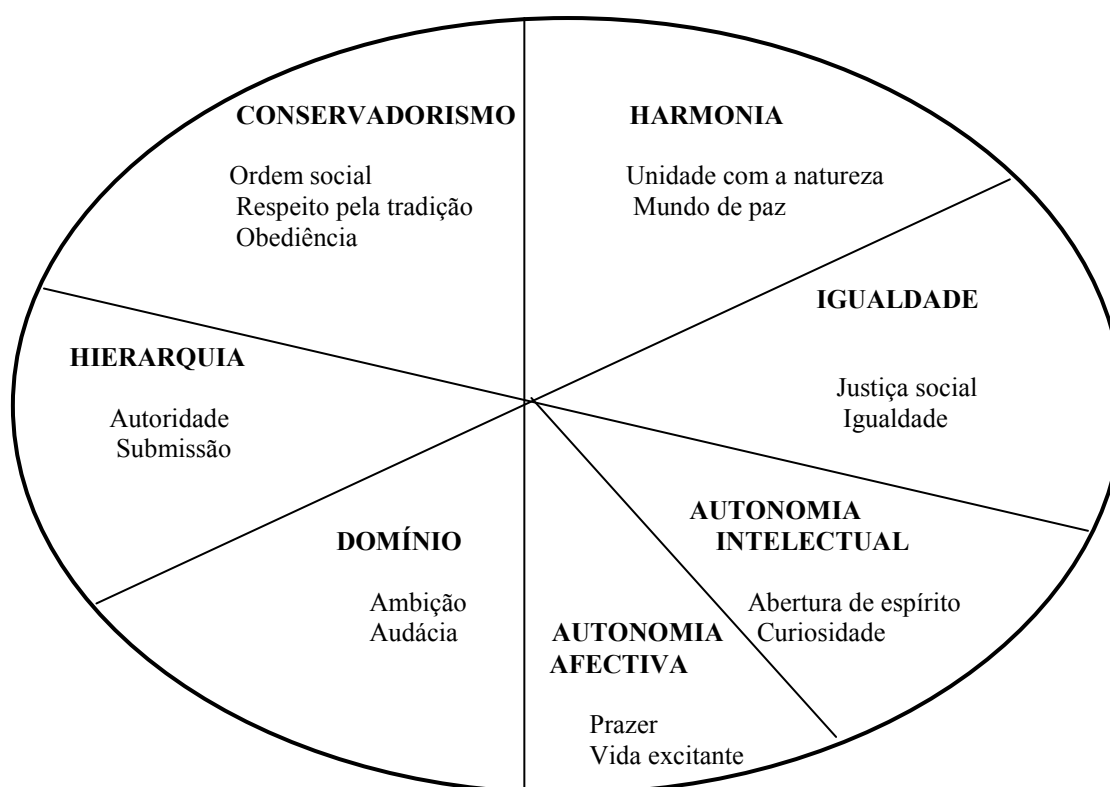
A última das três questões com que se confrontam todas as sociedades, refere-se à relação da humanidade com o mundo natural e social. A orientação da natureza humana poderá então ser quer no sentido do domínio deste mundo, quer no sentido da harmonia. O tipo de valor que exprime este domínio, reflecte-se na vontade de subjugar e mudar o mundo, através do exercício de um controlo assertivo que permita a sua exploração para assim satisfazer futuros interesses pessoais ou de grupo. Este tipo de cultura, estimula então uma assertividade dinâmica que se evidencia na ambição, ousadia, competência e sucesso. A harmonia, representa uma outra resolução para este problema, que na prática se reflecte na aceitação e adaptação ao mundo tal como ele é, ao invés de o tentar alterar ou explorar. A cultura que caracteriza este tipo de valor, coloca a ênfase numa adaptação harmoniosa com o meio ambiente, que se exprime

então em valores como a união com a natureza, a protecção do ambiente, um mundo de beleza, etc.

2.3.1.2. Estrutura de relações entre valores

As contradições a que se referem as diferentes alternativas de resolução de cada um dos três problemas enunciados anteriormente - autonomia *versus* conservadorismo, hierarquia *versus* igualdade e domínio *versus* harmonia -, deram origem aos sete tipos de valor culturais que Schwartz (1999) organiza numa estrutura integrada sob a forma de três dimensões bipolares, conforme se pode observar na figura seguinte, por forma a reproduzir a inter-relação das compatibilidades e incompatibilidades entre os tipos de valor formulados.

Figura 3 – Estrutura prototípica das dimensões culturais (adaptado de Schwartz, 1999)



De referir ainda, que é o facto de alguns tipos de valor partilharem idênticos pressupostos, que possibilita que estes sobressaiam simultaneamente numa determinada cultura.

Estas relações de compatibilidade e contradicções, obedecem à mesma lógica que esteve na determinação da estrutura de relações entre os diferentes tipos de valor humanos teorizada anteriormente por Schwartz (1992, 1994a), em que os tipos de valor incompatíveis surgem nos pólos opostos do mesmo eixo, e os tipos compatíveis se representam como contíguos (Schwartz, 1999). Desta forma, esta estrutura apresenta também uma forma circular, porque os valores culturais, tais como os valores humanos, formam um *continuum*.

Os tipos de valor a que se referem a hierarquia e o conservadorismo apresentam uma relação positiva, porque o ponto de vista dos actores sociais, seja um indivíduo seja um grupo, se fundamenta na interdependência da colectividade, gerando-se assim uma obrigação mútua de uns para com os outros. A igualdade e a autonomia, também se relacionam positivamente, porque ambos os tipos de valor consideram o actor social como autónomo. Contudo, o subconjunto de valores intelectuais, relaciona-se mais com a igualdade, do que o subconjunto a que corresponde a autonomia afectiva, isto porque na consideração dos actores sociais enquanto decisores autónomos com capacidade para se comprometerem com responsabilidades sociais, é importante aceitar a natureza do relacionamento humano como contratual, assumpção implícita na igualdade.

Os valores que concernem ao domínio, apresentam uma relação positiva com os valores da autonomia, porque os dois tipos presumem a legitimidade de mudança do *status quo* e reforçam as actividades estimulantes, o que se reflecte na partilha dos interesses das colectividades em que ambos os actores se inserem (família, grupo de trabalho, etc.), razão porque os valores de domínio não se opõem necessariamente aos valores do conservadorismo. Por outro lado, a prossecução dos interesses a que correspondem os valores do domínio, não coincide necessariamente com os interesses perseguidos por um qualquer actor autónomo ou individual. Os valores do domínio também se relacionam com os valores que integram a hierarquia, porque os esforços desenvolvidos pelos diferentes actores sociais na prossecução dos seus interesses implicam frequentemente o sacrifício dos outros, o que resulta na distribuição desigual de papéis e recursos que apenas é justificada nas sociedades em que as diferenças hierárquicas se consideram legítimas. Ainda relativamente aos valores do domínio, convém referir que estes se opõem aos valores a que concerne o tipo igualdade, porque

as implicações da assertividade entram em conflito com a consideração dos outros como iguais.

Por último, os valores que integram o tipo harmonia revelam-se compatíveis quer com os valores do conservadorismo - pois que ambos se opõem à mudança -, quer com os valores da igualdade com os quais partilham a ênfase nas relações cooperativas. De resto, a posição que estes tipos de valor ocupam na estrutura delineada por Schwartz (1999), reflecte também a contradição implícita numa ênfase cultural simultânea num mundo baseado em valores de harmonia e num mundo que concorda que as experiências de crescimento são indissociáveis de valores como aqueles preconizados pela autonomia afectiva.

2.3.1.3. Validação da teoria

Schwartz (1992, 1994a), com base nos resultados obtidos da aplicação do IVS em diferentes culturas, procedeu a uma análise multidimensional dos dados relativos a cada uma das diferentes nações, que lhe permitiu determinar um total de 45 valores com significados relativamente idênticos para todas as culturas que integraram o seu estudo. Apenas estes 45 valores foram incluídos nos estudos realizados posteriormente para testar as dimensões culturais, conforme se pode observar na figura 2.

Para a validação dos aspectos conceptuais e estruturais dos tipos de valor das diferentes culturas, Schwartz (1999) serviu-se mais uma vez da técnica SSA, para processar os dados de 35 000 questionários aplicados entre 1988 e 1983, num total de 122 amostras provenientes de 49 países. Por cada uma das amostras, calculou então a importância média de cada um dos 45 valores, para só depois proceder à correlação entre a importância média de cada par de valores constituído pelas diferentes amostras.

Naturalmente, o facto desta análise SSA incidir sobre médias de amostras teoricamente representativas das culturas que participaram neste estudo, em vez das variações encontradas por cada indivíduo que respondeu ao questionário, resulta na determinação de dimensões a um nível cultural e não individual, pois que se tratam de dois níveis de análise distintos. Ou seja, é a covariação das importâncias médias dos

diferentes valores avaliados através das diferentes amostras que determina os tipos de valor culturais.

Ainda na figura 2, que reproduz o padrão de intercorrelações entre os diferentes valores determinado do modo já enunciado, pode-se observar que cada valor aparece representado por um ponto, numa lógica que reflecte quer o grau com que se intercorrelaciona com todos os outros valores, quer ainda o conteúdo e a estrutura teorizada e apresentada esquematicamente na figura 1, em que os valores mais próximos formam regiões distintas que emanam do centro da figura, representando assim cada tipo de valor preconizado.

2.3.1.4. Comparação de diferentes culturas

No entender de Schwartz (1999), muito embora nenhum grupo profissional represente todos os aspectos de uma cultura, os professores, pelo papel que explicitamente desempenham no processo de socialização em valores, talvez constituam o grupo que melhor reflecta a média das prioridades dos valores que prevalecem em muitas culturas, pelo que a constituição de uma amostra baseada neste grupo específico, possibilitaria uma representação relativamente correcta das diferenças nacionais no que concerne às prioridades dos valores.

Face a estas considerações, não é pois de estranhar que o tipo de amostra escolhido por Schwartz (1999) para a validação da sua teoria de valores culturais, seja um grupo de professores do meio urbano do sistema escolar normal, com a responsabilidade de ensinar as mais variadas matérias nos graus de ensino do 3º ao 12º ano, em cada uma das 44 nações estudadas. Contudo, por forma a testar a validade das conclusões baseadas nas amostras de professores, foi também efectuada uma análise paralela sobre os dados provenientes de amostras dos estudantes de 40 nações, tendo-se verificado que professores e estudantes não avaliavam os valores do mesmo modo, circunstância que Schwartz (1999) desvalorizou dizendo que estas mesmas conclusões poderiam ser encontradas utilizando outros tipos de amostras, mesmo que representativas. Apesar de tudo, Schwartz (1999), assume que a ordenação dos países de

acordo com o significado dos valores expresso no uso destas amostras, é idêntico ao que se poderia obter usando outros tipos de amostras representativas destas culturas.

Só depois da avaliação da importância atribuída por cada um dos elementos da amostra de uma nação, ao conjunto de valores integrantes de cada tipo, é possível determinar a importância média de cada tipo de valor numa dada cultura. Ou seja, por exemplo, só depois de observar a classificação individual dos valores autoridade, submissão, prosperidade e poder social, é possível calcular a importância média do tipo de valor hierarquia, e assim sucessivamente para cada um dos outros tipos de valor.

Por outro lado, Schwartz (1990) procurou demarcar-se da consideração do individualismo e do coletivismo como dimensões opostas da mesma realidade, tal como fora inicialmente preconizado por Hofstede (1984), propondo um terceiro grupo de valores mistos, independente de interesses pessoais ou de grupos específicos, em que apresenta um modelo teórico para um nível de análise individual (Schwartz, 1990, 1994a), e outro para um nível de análise cultural (Schwartz, 1994b), em que os diferentes tipos de valor são classificados em três orientações distintas, de acordo com os interesses a que obedecem: individualista, coletivista ou misto (Schwartz, 1992, 1994a).

Apresentam-se de seguida algumas das considerações teóricas acerca desta distinção entre culturas individualistas e coletivistas.

2.3.2. Culturas individualistas e coletivistas

Muito embora a cultura se evidencie como “a programação colectiva da mente que distingue os membros de um grupo ou categoria de pessoas face a outro” (Hofstede, 1991, pag. 19), não existem quaisquer critérios científicos que permitam distinguir um grupo do outro em termos de superioridade ou inferioridade.

Inkeles e Levinson (1969), defendem a existência de 4 problemas básicos com que todas as culturas se têm que defrontar, como a relação com a autoridade, a concepção do Eu ou da pessoa – em que está implícita quer a relação entre a pessoa e a

sociedade, quer a concepção de masculinidade e feminilidade -, os conflitos e a sua resolução – aspectos mediados pela expressão e inibição das emoções, que obviamente incluem o controlo da agressão.

Nos estudos que Hofstede realizou na IBM durante as décadas 70 e 80, de uma forma empírica, através de uma análise factorial ecológica, o autor encontrou as quatro categorias de problemas definidas por Inkels e Levinson (1969), que na sua opinião podiam ser usadas nas comparações dos estudos transculturais (Hofstede, 1980), atribuindo-lhes porém uma designação diferente, conforme se pode observar na figura 4.

Apesar destes estudos já se terem realizado há mais de 20 anos, e de alguns países já terem evoluído em direcções culturais diferentes, os estudos transculturais que têm vindo a ser realizados recentemente, apontam ainda para uma alta validade concorrente dos resultados e conclusões obtidas por Hofstede (Paéz, Fernández, Basabe, & Grad, 2001).

Figura 4 – Classificação cultural de alguns países (baseado nos dados dos estudos realizados e publicados por Hofstede em 1980)

DISTÂNCIA AO PODER	BAIXA DISTÂNCIA HIERÁRQUICA - Dinamarca - Nova Zelândia	ALTA DISTÂNCIA HIERÁRQUICA - Malásia - Guatemala
INDIVIDUALISMO / COLECTIVISMO	INDIVIDUALISMO - Estados Unidos - Europa Oeste	COLECTIVISMO - Guatemala - Indonésia - Taiwan
MASCULINIDADE / FEMINILIDADE	MASCULINIDADE - Japão - Áustria - México	FEMINILIDADE - Escandinávia - Países Baixos - Chile Costa Rica
CONTROLO OU EVITAMENTO DA INCERTEZA	ALTO CONTROLO DA INCERTEZA - Grécia - Portugal	BAIXO CONTROLO DA INCERTEZA - Jamaica - Dinamarca

No modelo inicialmente proposto por Hofstede (1983), os países são classificados de acordo com o que designa por “índice de individualismo”, em que a

uma maior classificação, correspondem obviamente os países individualistas, e a uma pontuação mais baixa correspondem os países colectivistas. Para um nível individual de análise, recomenda uma estrutura multidimensional, enquanto que para um nível cultural defende o uso de uma estrutura unidimensional (Hofstede, 1991).

A desigualdade social sentida pelos trabalhadores, mesmo na relação com a autoridade, foi designada de distância hierárquica; a relação entre um indivíduo e o grupo por individualismo / colectivismo; os conceitos de masculinidade e feminilidade, pelas consequências sociais de se pertencer a um ou a outro sexo, por masculinidade / feminilidade; e, finalmente, as formas de gerir a incerteza e controlar a expressão da agressão e das emoções, por controlo da incerteza (Hofstede, 1984).

O individualismo e a distância hierárquica representam as duas dimensões culturais importantes que influenciam os processos psicológicos (Fiske, Kitayma, Markus & Nisbett, 1998), enquanto que a feminilidade cultural e o controlo da incerteza, constituem duas dimensões que afectam fortemente os aspectos afectivos (Paez & Zubieta, 2001).

Curiosamente, talvez pela proximidade geográfica existente, Portugal e Espanha, caracterizam-se quer pelos resultados moderados que apresentam quanto ao colectivismo e distância hierárquica, quer pelas pontuações elevadas no controlo da incerteza e feminilidade que, para Paez e Zubieta (2001), afectam de forma significativa a sua afectividade.

Mais recentemente Hofstede (1991), influenciado por alguns trabalhos realizados no oriente, admite a existência de uma quinta dimensão para a comparação entre diferentes culturas, que designa de orientação a curto-prazo / orientação a longo prazo.

Paéz e cols. (2001), em relação às compreensão das diferenças culturais, retomam as explicações motivacionais, não na concepção tradicional de necessidades a satisfazer, mas enquanto condutas orientadas para determinados fins, metas ou tarefas, definidas essencialmente pelas necessidades de adaptação de todo o organismo,

preconizando então algumas influências culturais relativamente aos motivos e necessidades individuais, tais como a necessidade de redução da incerteza, da activação e da ansiedade, operada sobretudo pela assimilação de novas informações e conhecimentos através de regras e rituais apropriados, ou a necessidade de consistência cognitiva, ou seja, de evitar cognições dissonantes, mais que não seja pela activação fisiológica decorrente da simultaneidade de pelo menos duas cognições inconsistentes.

Os conceitos de individualismo e colectivismo, que não devem ser entendidos como pólos opostos de uma mesma dimensão de variação cultural, pois que ambos tendem a coexistir numa dada cultura, resultando a sua ênfase da situação concreta em questão (Triandis, 1994), têm sido abordados em estudos acerca das consequências culturais (Gouveia & cols., 1997, 2000, 2001), e basicamente referem-se às metas ou valores profissionais, que assim exprimem a dependência ou independência emocional de entidades colectivas como os grupos e as organizações (Hofstede, 1984).

Kagitçibasi (1997), alerta-nos para o facto da investigação realizada no âmbito da compreensão do individualismo e colectivismo, conceitos de que reconhece a independência face aos demais factores externos, ter evoluído de uma orientação normativa assente em valores, atitudes e crenças, para uma orientação relacional baseada na explicação de uma grande variedade de traços de personalidade, diferentes aspectos do autoconceito e comportamento.

Para Gouveia (cit. por Ros & Gouveia, 2001), o reconhecimento das especificidades destas duas orientações, tem que se reflectir na prática da investigação empírica, em que se reconheça, por exemplo, que os valores e as atitudes por detrás do individualismo e colectivismo possam apresentar um padrão de correlações diferente em relação a algumas variáveis externas, conforme depreende quer da comparação dos modelos de Schwartz e Triandis – facilitada pela equivalência conceptual dos valores e atitudes -, quer da explicação do comportamento pelas atitudes, no individualismo, ou pelas normas do grupo, no colectivismo.

O paradigma individualismo / colectivismo, que para Triandis (1995) se caracteriza seja pelo tipo de *self*, seja pela relação com os outros, seja ainda pela

maneira de estruturar os objectivos, pode ainda ser distinguido, segundo o autor, em termos de micro ou macroprocessos – como medida de grandeza das variações do comportamento social -, em que o individualismo, por um lado, se refere aos microprocessos e aos factores individuais por detrás do comportamento social exibido através das crenças, valores e práticas culturais, em que os objectivos individuais predominam sobre os objectivos do grupo, e em que o colectivismo, por outro lado, se refere aos macroprocessos que a nível cultural se reflectem na dependência das pessoas face às normas, papéis e directivas impostas pela pressão para a uniformidade exercida pelos diferentes grupos a que estas pertencem.

Triandis (1995) e Triandis e Gelfand (1998), procuram destacar-se da concepção dicotómica tradicional do individualismo e colectivismo, pois que no seu entender, tais constructos podem ser definidos pelos seguintes atributos:

- a) Definição do *self* da pessoa, que se repercute na ênfase de aspectos pessoais ou colectivos e assim pode ser considerado como independente ou interdependente;
- b) Objectivos individualistas ou colectivistas que assim se manifestam em diferentes prioridades nos contextos pessoal ou de grupo;
- c) Relacionamento interpessoal assente na racionalidade da permuta ou espírito comunitário e de associação;
- d) Consideração das normas e das atitudes na determinação do comportamento social.

Markus e Kitayama (1991), sugerem dois tipos de construção do *self*, independente ou interdependente, próximos da definição conceptual apresentada por Triandis (1996), para a dimensão colectivismo/individualismo da sua teoria cultural. Assim, a construção de um *self* interdependente, estaria relacionada com a benevolência, a tradição e o conformismo, enquanto que a construção de um *self*

independente se associaria aos valores de auto-direcção, conforme referem Oishi, Schimmack, Diener e Suh (1998).

A teoria preconizada por Triandis (1995), baseia-se em manifestações culturais como as atitudes que se partilham, as normas e os valores culturais, em que os constructos de individualismo e colectivismo se organizam ainda de acordo com uma dimensão vertical *versus* horizontal, em que as pessoas e sociedades verticais tendem a considerar como importantes o *status* e a hierarquia, enquanto que no pólo da horizontalidade, as pessoas e as sociedades defendem a igualdade em detrimento da classe social e do *status*.

Relativamente à dimensão colectivismo / individualismo, Triandis (1996) coloca a hipótese que os valores do conformismo e da segurança são os que melhor representam o constructo do colectivismo, sendo o individualismo melhor representado pelos valores de autodirecção e hedonismo. Quanto à dimensão verticalidade/horizontalidade, hipotetiza que os valores de poder e realização constituem o polo vertical desta dimensão, enquanto que a benevolência e o universalismo representam o pólo horizontal da mesma dimensão.

Oishi e cols. (1998), a partir da teoria de Triandis (1995), hipotetizam, por um lado, que os individualistas verticais elegem os valores de poder e realização, enquanto que os individualistas horizontais se caracterizam essencialmente pelos valores associados à autodirecção, por outro lado, os colectivistas verticais são caracterizados pelos valores de tradição e conformismo, enquanto que os colectivistas horizontais elegem os valores de benevolência, relações que de resto se confirmam no estudo que realizam.

As pessoas que pertencem a uma cultura colectivista associam a sua imagem e a construção de si próprias à manutenção e harmonia da vida comunitária em que estão inseridas, e em que desempenham os seus diferentes papeis, o que lhes proporciona um sentimento de pertença único, enquanto que nas culturas individualistas, o bem-estar afectivo das pessoas, assenta na expressão da sua individualidade, dos seus atributos internos e na defesa dos seus direitos, factores que contribuem para a motivação para o

sucesso e para o reforço do poder individual, e que certamente reflectem a consideração de uma imagem de si positiva, autónoma, independente e coerente nas suas crenças (Paéz & cols., 2001).

No estudo transcultural que estes autores realizaram em 29 países, entre 1996 e 2001, em que se propuseram estudar as diferenças quanto à motivação entre pessoas colectivistas e individualistas, descrevendo para o efeito as motivações em função quer da dimensão individualismo/colectivismo quer da distância hierárquica, concluíram que:

a. A interdependência relacional dos colectivistas, reflecte antes de mais uma dependência de grupo, em que por um lado, os colectivistas horizontais são os que têm resultados mais altos em afiliação e modéstia – revelando-se mais de acordo com a manutenção da harmonia do grupo e respeito das suas decisões -, médios no controlo da tristeza e do enfado e médios-baixos no que concerne à afiliação, sucesso competitivo, recompensa individual e consistência nos comportamentos, e, por outro lado, os colectivistas verticais apresentam resultados altos em consistência, sucesso, controlo e afiliação, em que o sucesso está fundamentalmente associado à necessidade de recompensa e à diferença individual. Os indivíduos colectivistas verticais apresentam ainda a maior motivação de controlo na área emocional;

b. Os individualistas horizontais, que se caracterizam também pela orientação relacional, têm uma imagem de si interdependentes que se manifesta no sacrifício dos interesses pessoais, em prol dos interesses do grupo, se necessário, o que está de acordo com as crenças essencialmente vinculadas à necessidade de afiliação e intimidade, enquanto que os individualistas verticais, até por forma a adquirir um maior estatuto social, conforme desejam, apresentam uma imagem de maior independência e competitividade e de maior necessidade de unicidade e responsabilidade pessoal, e uma menor consistência e comunicação directa, bem como a necessidade de ter uma boa imagem e adaptar-se às outras pessoas.

Finalmente, os discursos e textos sobre cultura, na especificidade da sua consideração organizacional, evocam um universo de concepções comungadas pela maioria dos membros de uma organização que apelam à economia de uma definição abrangente. De um modo consensual cada cultura é percebida pelos seus actores como o meio natural e necessário para ser alguém seja perante os membros do próprio grupo, seja face a elementos doutros grupos humanos. Para Kolasa (1978), a cultura refere-se àquelas características comungadas pelos membros de um grupo como o sistema de valores, as crenças, as expectativas e outros tipos de comportamentos, e repercute-se no relacionamento interpessoal.

Passa-se então a apresentar esta especificidade da cultura ao nível organizacional, em que a cultura é ainda respectivamente considerada como uma variável e como uma metáfora da organização.

2.3.3. Cultura organizacional: perspectivas, modelos e definições

A preocupação com os factores culturais das organizações não é tão recente como poderíamos ser levados a supor numa análise mais superficial, pois que podemos encontrar alguns traços nos autores da corrente das relações humanas e das neo-relações humanas. Mas foi só depois dos anos 50 que a cultura começou a ser reconhecida como um aspecto decisivo do funcionamento das organizações, não apenas pelos investigadores, teóricos e práticos organizacionais como também pelos gestores das empresas, embora inicialmente o termo cultura organizacional fosse sinónimo de clima organizacional.

Esta preocupação com a cultura de uma organização, evidencia-se também nos trabalhos do Tavistock Institute (cit. por Rapoport, 1970) e nos trabalhos de autores americanos do desenvolvimento das organizações, em que para Beckard (1969) a cultura, enquanto subsistema, constitui um domínio possível de intervenção, enquanto que para Bennis (1969), o sucesso de toda a acção de desenvolvimento das organizações passa pela identificação de uma disponibilidade cultural no sistema cliente.

Embora a cultura se tenha evidenciado como objecto de estudo particularmente na década de 60, Kotter e Heskett (1995) referem que a preocupação com este conceito, nos seus aspectos psicossociais, surge no âmbito da antropologia social com os estudos realizados no final do século XIX e no início do século XX, acerca de algumas sociedades primitivas como os esquimós e algumas tribos africanas, em que se demonstrou que nessa época já existiam diversas formas de vida social tecnologicamente mais avançadas.

Também em França, com o início dos anos 60, Crozier (1963) (cit. por Petit, 1988), tinha evidenciado o peso de certos factores culturais nacionais sobre o disfuncionamento das organizações burocráticas. A crise dos anos 70 e as consequentes recessões empresariais, pela inoperância das soluções tecnológicas, económicas e estruturais para a sua resolução, vem também reforçar a consideração dos aspectos culturais como um factor explicativo dos disfuncionamentos organizacionais e como uma possível reserva de produtividade a ser mobilizada em situações de urgência.

Segundo Morgan (1996), nos Estados Unidos, o estudo da cultura no contexto organizacional da década de 80, era delimitado pela compreensão dos factores organizacionais que conferiam a reconhecida vantagem competitiva das empresas japonesas, pelo que muitos investigadores se debruçaram sobre a análise dos elementos simbólicos das empresas, na tentativa de descrever e operacionalizar o fenómeno cultural de acordo com a centralidade do conceito para a sua explicação (ideologias, crenças, valores, pressupostos básicos, etc.).

A operacionalização da cultura organizacional deu-se através dos valores, enquanto constructos que reflectem as preferências individuais ou colectivas que influenciam a selecção de determinados meios ou fins de acção (Trice & Beyer, 1984; Enz, 1988).

Para Motta (1997), por sua vez, o termo cultura, no seu início, procurava dar conta da introdução de novas tecnologias e da decorrente racionalidade administrativa. É que os rituais tecnológicos, ao gerarem uma homogeneidade de crenças e uma percepção consensual, reduzem a incerteza perante a natureza, as leis, os rituais sociais

e as outras pessoas, tal como as crenças e os rituais religiosos reduzem a incerteza perante a morte (Hofstede, 2001).

A análise cultural das organizações, encontra-se ainda numa fase de desenvolvimento precoce (Shein, 1990), pois que se apoia num corpo teórico mais rico em hipóteses e mesmo em intuições, do que em demonstrações, donde subjaz o apelo à realização de investigações fundamentais que tracem uma matriz para posteriores linhas de estudo aplicadas no seio das organizações. Esta análise cultural satisfaz essencialmente duas exigências epistemológicas:

1. Contribui para a defesa da análise sistémica de qualquer assimilação da organização a um organismo vivo;
2. Delimita, com referência à análise estratégica, as capacidades culturais do actor organizacional, individual e colectivo.

A organização para que se trabalha passa então a integrar o processo de socialização individual, a par da família e da escola, contribuindo para o reforço da identidade social do homem, enquanto actor social, pela interiorização das normas e valores da organização e comparação com grupos externos.

Smircich (1983), sugere que os estudos desenvolvidos em torno da cultura, assentam em paradigmas distintos que pressupõem diferentes concepções ontológicas para a compreensão da natureza do fenómeno cultural de uma organização, em que a cultura é considerada quer como uma variável do contexto organizacional – tal como a estrutura, tamanho, tecnologia e liderança -, quer como uma metáfora – pois que toda a organização é uma cultura -, em que a aplicabilidade empírica deste constructo se caracteriza pela racionalidade e objectividade que se atribui aos aspectos emocionais humanos, previsibilidade que a ser possível facilitaria todo o processo de gestão.

2.3.3.1. A cultura como variável de uma organização

Assim, na consideração da cultura como um fenómeno integrado em todos os níveis da organização e, conseqüentemente, enquanto variável do contexto organizacional, destacam-se autores como Schein (1992) - que defende que o fenómeno cultural tem a propriedade de atribuir significado ao que é aparentemente irracional, misterioso e sem sentido -, e Trice e Beyer (1994), que entendem a cultura organizacional segundo um modelo bidimensional assente na forma e no conteúdo, em que a forma se refere às entidades observáveis que possibilitam ao indivíduo conferir sentido ao seu mundo e coerência às acções que empreende, e o conteúdo aos aspectos simbólicos como as ideologias, ideias e crenças fundamentais e emocionalmente sustentadas, ambas as dimensões sustentando uma padronização de relações causa e efeito da cultura de uma organização.

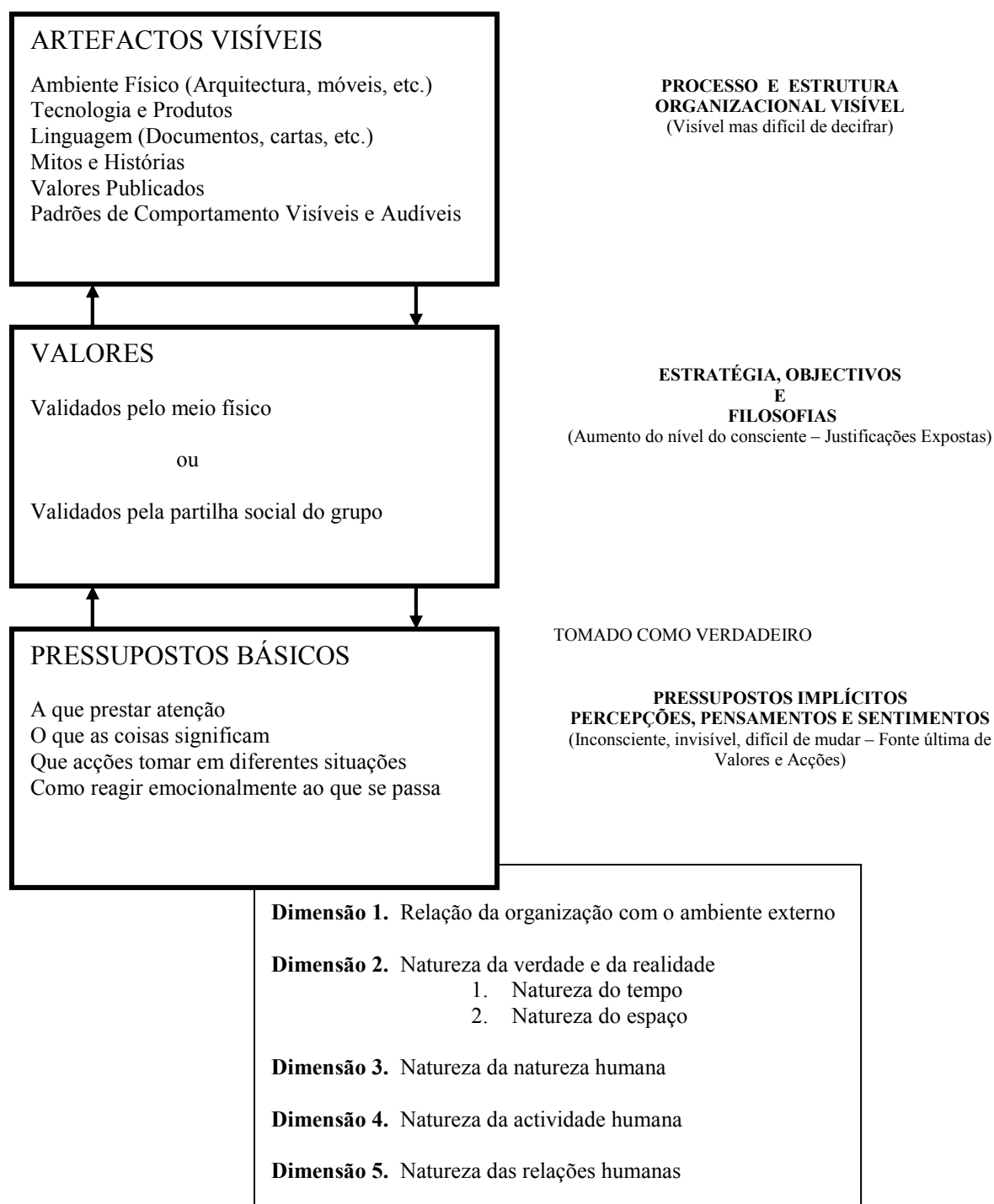
Grande parte dos estudos realizados no âmbito da socialização organizacional enfatizam precisamente esta perspectiva adaptativa, sendo frequente evocar-se a interiorização das normas e valores da organização (Van Maanen, 1975), na determinação das mudanças de atitudes e mesmo do próprio auto-conceito que, por este modo, se tornariam convergentes com as normas, valores e expectativas da organização (Fournier, 1994).

Para Trice e Beyer (1994), são a interacção diferencial, a experiência compartilhada, as semelhanças das características pessoais e o grau de coesão interpessoal e intergrupar, que determinam a formação de subculturas nas organizações, em que a proximidade de determinados aspectos pessoais como a idade e o nível de escolaridade, por exemplo, facilitariam a partilha de crenças para a prossecução de determinados objectivos.

A definição de cultura organizacional proposta por Schein (1985), como o conjunto de premissas básicas desenvolvidas com sucesso por um grupo por forma a solucionar os diferentes problemas de adaptação externa e de integração interna com que se iam defrontando, ao ponto de serem transmitidas aos novos membros do grupo como o modo adequado para pensar, compreender e mesmo sentir os problemas,

insere-se também na perspectiva da cultura tomada como variável, e reflecte-se num conjunto de atitudes tipificadas e condicionadoras, ou seja, em sistemas de acções, crenças, normas e valores compartilhados que orientam o comportamento dos seus membros sobretudo na resolução de problemas e no evitamento da ansiedade.

Figura 5 – Níveis de profundidade da cultura organizacional (adaptado de Schein, 1985)



Schein (1985), propõe então o modelo apresentado anteriormente, para a compreensão da profundidade da cultura, que se estrutura num conjunto de pressupostos básicos que definem a ideologia de base e configuram o lado simbólico que alicerça a face mais visível de qualquer cultura organizacional, que pode então ser compreendida na observação de três níveis de profundidade.

O segundo nível de análise da cultura organizacional, o nível dos valores, mais consciente e consubstanciador das filosofias, objectivos e estratégias, e mais pertinente para o tema sob investigação, refere-se aos valores evidenciados através dos artefactos no processo e na estrutura organizacional que regulam o comportamento dos membros de uma organização.

O facto da sua identificação se processar através de entrevistas realizadas com elementos considerados fulcrais, pode resultar na transmissão de uma imagem racional e idealizada, dos valores que efectivamente caracterizam aquela instituição, pelo que a validação dos valores e crenças deve ser apreendida quer externamente - nas respostas da organização (meio físico) - quer internamente - pela adesão dos trabalhadores (partilha). Esta partilha de crenças e valores, a um nível mais profundo, transforma-se também numa partilha de pressupostos.

Um outro conceito importante em Schein, é o de *corporate culture*, que ao associar a eficiência organizacional a uma cultura forte e homogénea, pressupõe que não podem haver interesses divergentes dos interesses gerais e das finalidades últimas da empresa, pois que se necessita de uma homogeneidade cultural, só possível forçando o paradigma clássico a introduzir no mundo racional da organização algo que este sempre se recusara a admitir, a ideologia (Schein, 1985).

Contudo, mesmo o autor reconhece que não é fácil mudar os aspectos culturais de uma instituição, pela simples razão que há aspectos inconscientes e muito enraizados nas pessoas que constituem a organização. Só em circunstâncias especiais, em que exista disponibilidade ou flexibilidade da organização para a mudança, ou em que ocorram crises introduzidas do exterior e do interior que forcem a mudança, é possível mudar a cultura de uma organização, que encontra sempre como entraves, o seu líder

fundador, a forma como decorre o processo de socialização e o ciclo de vida da empresa (Schein, 1990).

As abordagens destes autores (Schein, 1985, 1990; Trice & Beyer, 1994), embora amplamente adoptadas no âmbito da gestão, negligenciaram outras possibilidades na análise das diferentes manifestações simbólicas de uma organização, nomeadamente a forma de exercício do poder e a ideologia legitimamente praticada pelos gestores, através da criação, manutenção ou mesmo alteração dos padrões culturais vigentes (Barley & Kunda, 1992).

Até porque o poder, através dos seus processos de controlo, articulação, discussão e decisão, constitui uma forma de relacionamento social que, em conjunto com outras relações sociais, próprias das classes e categorias sociais de todas as organizações, se repercutem nos diferentes processos produtivos, económicos, políticos e simbólicos (Srouf, 1998).

2.3.3.2. A cultura como uma metáfora organizacional

A posição metafórica de Barley e Kunda (1992), evidenciada na consideração das organizações - enquanto sistemas de significados construídos no âmbito social -, como manifestações culturais que conferem significado e enriquecem a vida dos indivíduos que a integram, reflecte um modelo de análise organizacional em que o indivíduo é reconhecido na subjectividade que o especifica, livre de condicionalismos contextuais, apenas dirigido pela sua vontade, pelo que para Sackmann (1992), os fenómenos sociais associados à cultura organizacional, enquanto processo dinâmico de construção social, escapam ao controlo da individualidade das direcções.

Daqui resulta que a cultura, enquanto processo contínuo de construção de uma realidade sempre em mutação, nunca poderá ser imposta, pois que se define por significados partilhados por grupos de indivíduos que assim vão interpretando as diferentes manifestações da realidade e estruturando os seus contextos (Morgan, 1996). A ideia da cultura como manifestação simbólica integrada em todos os níveis da organização, é, para Martin (1992), no mínimo demasiado simplista, senão mesmo um mito.

Para Gil-Monte (2005), os aspectos culturais de uma organização são determinantes na compreensão dos aspectos sociais do comportamento actuado pelo trabalhador, pois que se traduzem numa construção social que integra os diferentes valores e crenças, a forma adequada de actuar nas mais diversas situações, as pressões normativas da organização e as pressões dos colegas de trabalho, o conhecimento dos diferentes papéis passíveis de serem desempenhados, e os distintos significados dos vários elementos verbais, físicos e comportamentais, bem como as características da organização e dos grupos que a integram.

É pois nesta perspectiva que se passa a abordar o estudo dos valores organizacionais, numa conceptualização que distingue os valores profissionais observados aos níveis individual, grupal e organizacional, dos valores relativos ao trabalho.

2.3.4. Estudo dos valores organizacionais

Apesar dos trabalhos desenvolvidos por alguns autores como Miles e Snow (1978), Mintzberg (1979), Martin (1992), Schwartz (1992), Meyer, Allen e Smith (1993), Schein (1985, 1990, 2000), etc., são necessárias mais teorias que nos permitam reinterpretar a cultura organizacional como uma configuração determinada não apenas por valores consensuais, compatíveis ou conflituosos, mas também pela especificação dos contextos, estruturas e processos que permitam compreender, quer o modo como estas configurações se formam, quer quando é que estas se tornam funcionais ou disfuncionais (Maierhofer, Kabanoff & Griffin, 2002).

O estudo dos valores, independentemente das concepções teóricas em que se baseiam, tem um significado particularmente importante na análise dos diferentes níveis sociais, como o cultural, o individual e o organizacional (Kabanoff, Waldersee & Cohen, 1995). Sagie, Elizur e Koslowsky (1996), sugerem mesmo um modelo de análise dos valores profissionais segundo o nível individual - em termos de desempenho -, o nível grupal - em termos de funcionamento -, e o nível organizacional - em termos de produtividade.

Para Schein (2000), o conceito de cultura não pressupõe qualquer unanimidade quanto aos valores ou crenças, ou alguma ausência de conflitos ou ambiguidades. Contudo, a partilha de valores repercute-se no benefício dos sistemas culturais, uma vez que facilita quer a integração interna, quer a adaptação externa destes sistemas (Schein, 1985). Já para Maierhofer e cols. (2002), a conceptualização da cultura assenta na partilha, seja de valores ou crenças, seja de princípios ou práticas, que não têm necessariamente que obedecer à unanimidade e ao consenso entre todos os membros de uma organização, até porque os valores podem ser partilhados de diferentes formas e nos diferentes níveis da organização.

Para Verplanken (2004), os valores podem ser usados para caracterizar um indivíduo, grupo, serviço ou organização. Os valores individuais estão por detrás das atitudes individuais (Maio e Olson, 1994), normas pessoais (Thorgersen, 1999), preferências (Feather, 1995) e interesses e comportamentos (Verplanken & Holland, 2002), pelo que integram a identidade e o auto-conceito de uma pessoa e reflectem a sua natureza e maneira de ser (Verplanken, 2004), enquanto que os valores grupais ou organizacionais, têm uma dimensão essencialmente cultural (Ashforth & Mael, 1989; Barley, Meyer & Gash, 1988; Chatman, 1991; Enz, 1988; O'Reilly, Chatman & Caldwell, 1991; Quinn, 1988; Rosseau, 1990).

2.3.4.1. Valores profissionais ao nível individual

De acordo com Lusk e Olivier (1974), os sujeitos, enquanto produto social, transportam para a organização uma constelação cultural única relativamente estável, constituída pelas suas próprias crenças, normas, valores, necessidades, interesses, etc., que foram integrados ao longo do seu processo de socialização individual, pelo que para estes autores se afigura como improvável que a socialização organizacional altere a sua estrutura básica de valores.

Quanto maior fôr o grau de concordância dos valores individuais com os valores preconizados pela organização para os seus diferentes níveis, mais facilitados estarão os objectivos da organização, até porque os valores que os indivíduos transportam para a

organização, muito embora reproduzam as suas próprias necessidades, prioridades e disposições, são relativamente estáveis (Ravlin & Meglino, 1989).

É também neste sentido que Ros, Schwartz e Surkiss (1999), formulam a hipótese de que os valores para o trabalho emergem da projecção dos valores pessoais sobre o contexto laboral.

Numa breve reflexão axiológica sobre os valores dos médicos que pode também ser extrapolada para o contexto da enfermagem, Bernal e cols. (2006) referem, por um lado, os valores pessoais evidenciados pelos médicos, como produto do processo de socialização ao nível da infância e da adolescência, que naturalmente os orientam para um comportamento de relação de ajuda reforçado pelas representações sociais acerca da profissão, e, por outro lado, os valores profissionais que o sistema sócio-cultural associa a determinados papéis profissionais, que assim dependem das expectativas desenvolvidas por estes.

2.3.4.2. Valores profissionais ao nível grupal

Os valores de um indivíduo, aquando da sua adesão a um novo grupo, raramente são coincidentes com os valores assumidos pelo grupo, conforme referem os trabalhos de Chatman (1989), pelo que na sua avaliação os sujeitos são geralmente interrogados acerca da importância de alguns valores, quer a um nível individual, quer enquanto membros que integram um determinado grupo.

Patterson, Payne e West (1996), afirmam que não é pelo facto de um grupo estar fisicamente isolado e partilhar as diferentes tarefas a realizar, que vai levar à concordância do modo de perceber os valores e as práticas laborais.

Para Schein (2000), os valores seriam transmitidos por um processo de socialização próprio, por que passariam todos os novos membros de um determinado grupo, com uma história condicionada pelas experiências vividas - a ser entendida na simbologia desenvolvida pelo grupo -, e condicionadora do relacionamento interpessoal dos seus membros.

Numa análise dos valores ao nível do grupo, os valores são observados como propriedades que caracterizam um dado grupo, pelo que para Maierhofer e cols. (2002) podem representar um novo constructo, em que os valores constituem mais do que a simples agregação dos valores individuais.

2.3.4.3. Valores profissionais ao nível organizacional

Numa consideração organizacional dos valores, Sagie e Koslowsky (1998) enfatizam a importância de investigar a função dos valores nos diferentes níveis da organização, e propõem um modelo de valores do trabalho que procura a relação com o desempenho e a produtividade.

Roe e Ester (1999), por outro lado, apresentam uma estrutura em que os valores gerais se encontram associados com os valores do trabalho, e ambos com a actividade profissional, que se repete segundo três níveis de análise distintos - o do país, o grupal e o individual -, em que cada nível se relaciona com o superior pela variável equivalente, o que permite a incorporação de valores em qualquer um destes níveis assim preconizados, bem como o envolvimento quer dos valores do trabalho, quer dos valores gerais, na explicação do papel dos valores nas organizações. Assim, os valores de uma qualquer instituição são menos homogêneos do que os valores dos seus diferentes departamentos ou serviços, que por sua vez são também menos homogêneos do que os valores das suas diferentes equipas ou grupos de trabalho.

Segundo Maierhofer e cols. (2002), o nível organizacional remete para a cultura de uma organização, que pode ser definida como o conjunto de cognições partilhadas pela maioria ou totalidade dos seus membros, que foram gradualmente aprendidas e interiorizadas no decurso do processo de socialização, e que se reflecte na partilha de valores e princípios das pessoas, que para Hofstede (1991) se inscrevem e programam o psiquismo do sujeito.

A cultura de um país é abstraída na manifestação dos valores das pessoas que o integram, que se tendem a manifestar ao nível comportamental nas mais variadas situações, razão por que os valores constituem o aspecto central de toda uma cultura

(Rokeach, 1973; Ball-Rokeach & Loges, 1994; Schwartz, 1994; Schwartz & Ros, 1995).

No seu sentido mais lato, a cultura representa a memória de uma sociedade que, ao nível restrito das organizações, se manifesta nos valores, crenças, normas, símbolos, rituais e mitos que caracterizam a organização, e que se substitui à conceptualização de um clima organizacional, pela sua abrangência (Triandis, 1994).

Esta ênfase colocada ao nível da cultura organizacional, tem orientado algumas investigações recentes realizadas com o objectivo de medir a cultura de uma organização através da identificação e hierarquização dos valores das pessoas que a integram.

2.3.4.4. Valores para o trabalho

Para Nord, Brief, Atieh e Doherty (1988), a realidade social integra várias dimensões que orientam a vida de cada um, influenciando particularmente a consideração e articulação do trabalho com outros aspectos da vida do sujeito, o desenho e adequação do tipo de trabalho à especificidade do indivíduo, e o processo de socialização organizacional. Estes autores definem os valores do trabalho como estados de existência específicos que as pessoas desejam e procuram alcançar no contexto laboral.

A circunscrição da avaliação de desempenho em função da habilidade e motivação individuais - que orientou os processos de recrutamento e selecção até aos anos sessenta e conduziu à sua ineficácia, abandono e relegação para a psicologia vocacional -, tem sido gradualmente retomada pelos psicólogos das organizações no estudo da interdependência do comportamento das organizações com o tipo de pessoas que nelas trabalham, nomeadamente pela compreensão dos valores que lhes estão associados (Dawis, 1994).

Roe e Ester (1999) referem que os valores, enquanto constructos teóricos considerados como a componente principal da cultura de um grupo (sociedade, organização, etc.), têm sido objecto de diferentes modelos e definições teóricas

(Rokeach, 1973; Super, 1970; Hofstede, 1984; Schwartz & Bilsky, 1987), facto que se tem repercutido na extensão e dificuldade de replicar os estudos realizados. Também Arciniega e González (2002) são da opinião que o facto de não existir um consenso na comunidade científica acerca da definição de valores e do modo como estes devem ser avaliados, torna difícil a operacionalização e a investigação deste constructo.

De acordo com Ravlin e Meglino (1989), os valores de uma pessoa afectam o modo como esta percebe e age sobre o meio que a rodeia, uma vez que o grau de congruência dos valores individuais com os valores de um grupo ou organização - pela similaridade de interpretações e atribuições de significados -, tem consequências ao nível do processo comunicacional, minimizando as ambiguidades e conflitos, e, por outro lado, reforçando o desenvolvimento de interações orientadas para os objectivos organizacionais. Ou seja, existe uma relação dos valores individuais quer com os valores no trabalho (Schwartz, 1999), quer com o significado que os indivíduos atribuem ao trabalho (Ros & cols., 1999), até porque os valores para o trabalho se constroem na dependência da socialização organizacional (Chusmir, Koberg & Mills, 2001).

O contexto laboral tem sido amplamente estudado no que respeita aos valores que envolve, essencialmente pela função social que o trabalho desempenha, pois que de um modo geral é o principal meio de subsistência e de *status* social, influenciando ainda o exercício da cidadania, a saúde e a vida familiar de um indivíduo (Roe & Ester, 1999).

Elizur e Sagie (1999) referem que são muito poucos os modelos teóricos acerca dos valores face ao trabalho, que tenham sido desenvolvidos com base nas teorizações acerca dos valores individuais relativos a outros aspectos da vida de uma pessoa.

Basicamente, os valores do trabalho remetem para a importância dada pelos indivíduos na consecução de certos resultados dentro do contexto laboral (Sagie & cols., 1996), pelo que se aceita que os valores relativos ao trabalho têm a ver com metas e recompensas que as pessoas procuram alcançar por intermédio do trabalho.

Elizur e Sagie (1999), com base na concepção dos valores como qualquer entidade (situação, pessoa, comportamento ou objecto) a que é conferida mais

importância e sob a influência da teoria de Schwartz (1992), referem que os valores para o trabalho configuram uma das dimensões dos valores gerais de um indivíduo.

Com base na conceptualização e sistematização dos valores gerais, Rohan (2000) propõe uma classificação dos valores relativos ao trabalho nas seguintes três categorias:

- 1) Pessoais. Princípios por que o indivíduo regula a sua vida no trabalho;
- 2) Sociais. Percepção que o indivíduo tem acerca dos princípios ou crenças que os outros têm e defendem;
- 3) Culturais. Conjunto de valores partilhados e actuados pelos membros de um grupo ou por outrém com maior significado.

Os valores para o trabalho reflectem uma hierarquização das preferências que se referem às recompensas do trabalho (Kalleberg, cit. por Samuel & Lewin-Epstein, 1979), razão por que determinam a escolha de alguns comportamentos, modos, meios ou resultados, em detrimento de outros.

Para uma melhor compreensão dos valores para o trabalho, por um lado, apresentam-se algumas das principais concepções que se observam actualmente, de que se destacam Ros e colaboradores, Tamayo e colaboradores e ainda Arciniega e González, e, por outro lado, são ainda referidas algumas das escalas de valores relativos ao trabalho.

2.3.4.4.1. A concepção de Ros e colaboradores

Baseando-se na teoria de Schwartz (1992, 1994) enquanto expressão dos valores gerais de um indivíduo - nomeadamente na consideração dos quatro valores de ordem superior -, e na literatura acerca dos valores para o trabalho – com uma ênfase particular nos trabalhos de Elizur (1991) -, Ros e cols. (1999) preconizam uma estrutura de valores relativos ao trabalho similar à dos valores gerais formulada por Schwartz (1992), mesmo no que respeita às relações dinâmicas de compatibilidade e

incompatibilidade, sobre a qual desenvolvem um instrumento para medir os valores para o trabalho de que confirmaram a estrutura factorial através da análise das componentes principais e do cálculo das distância mínimas (SSA), em que os valores extrínsecos surgem como opostos aos intrínsecos e os valores sociais em oposição aos de prestígio.

Os tipos de valores para o trabalho de segunda ordem teorizados por Ros e cols. (1999), são:

- 1) Valores intrínsecos. Dizem respeito às metas que se conseguem alcançar pelos conteúdos do próprio trabalho;
- 2) Valores extrínsecos. Referem-se às metas que se conseguem satisfazer pelos resultados obtidos pelo trabalho;
- 3) Valores sociais. Têm a ver com a procura de metas ao nível das relações desenvolvidas no contexto laboral;
- 4) Valores de prestígio. Concernem ao poder e ao prestígio proporcionados por intermédio do trabalho.

Estes autores constatarem que o tipo motivacional a que corresponde a autopromoção, não integra as formulações acerca dos valores relativos ao trabalho, muito embora os itens que se referem ao prestígio, autoridade, influência e poder, façam parte dos modelos encontrados. Na classificação que encontram, observa-se que os valores intrínsecos se associam à abertura à mudança, os valores extrínsecos ou materiais se relacionam com o conservadorismo, e os valores sociais ou afectivos se referem à autotranscendência.

Para Ros & cols. (1999), os valores do trabalho referem-se aos princípios ou crenças hierarquicamente organizadas que se encontram por detrás da actuação de determinados comportamentos ou metas desejadas, que regulam não só a interpretação do contexto do trabalho e a selecção das suas diferentes alternativas, como também as avaliações tecidas sobre os resultados alcançados. A estas metas desejadas, Porto e

Tamayo (2003) acrescentam as recompensas que as pessoas procuram satisfazer através do trabalho.

2.3.4.4.2. A concepção de Tamayo e colaboradores

É notória a influência dos trabalhos desenvolvidos por Schwartz (1992, 1994), na concepção que Tamayo (1996) apresenta acerca dos valores organizacionais, considerados como um conjunto de princípios ou crenças hierarquicamente organizadas norteadores de modelos de comportamento desejáveis ou estados de existência, que influenciam a vida da organização na satisfação de interesses individuais, colectivos ou mistos.

Para Tamayo e Borges (cit. por Ros & Gouveia, 2001), considerando que o estudo dos valores no contexto organizacional remete para a natureza jurídica do contrato de trabalho celebrado entre o indivíduo e a entidade patronal, e que o trabalho pode ocorrer de um modo dissociado das organizações, faz mais sentido falar-se no estudo dos valores para o emprego.

Não obstante, Tamayo e Borges (cit. por Ros & Gouveia, 2001) referem que os valores do trabalho têm sido objecto de duas linhas de investigação distintas, sendo que a primeira procura compreender o grau de importância que se atribui ao trabalho comparativamente com outros contextos e aspectos da vida de um indivíduo, e a segunda se refere quer à identificação dos valores que se atribuem ao trabalho, quer à compreensão da relatividade da importância de cada um destes.

Com base num estudo realizado no decurso de 1998, Tamayo e Borges (cit. por Ros & Gouveia, 2001) identificam cinco factores estruturantes dos valores para o trabalho: exigências sociais (diferentes aspectos e implicações de responsabilidade social); justiça laboral (equidade de tratamento e protecção física, legal e moral do indivíduo); desumanização (desrespeito e consideração mecanicista do indivíduo); realização pessoal (trabalho como fonte de prazer e realização); sobrevivência (sustento do indivíduo e da sua família).

Para Tamayo e Borges (cit. por Ros & Gouveia, 2001), as diferentes orientações axiológicas das pessoas têm repercussões ao nível do compromisso para com a organização em que desenvolvem a sua actividade profissional. Num estudo sobre a relação dos valores individuais com os níveis de satisfação laboral, Tamayo (2000) conclui que uma maior autotranscendência se reflecte numa maior satisfação experimentada junto dos colegas de trabalho, enquanto que uma orientação axiológica mais conservadora afecta a satisfação quer com as chefias quer com os colegas.

Os valores organizacionais, referem-se a um conjunto de valores fundamentais comuns que são reconhecidos, aceites e partilhados pela maioria dos membros de uma organização (Tamayo & Oliveira, 2001).

Os valores de uma organização podem ser identificados e avaliados, primeiro, com base nos documentos oficiais produzidos no decurso da actividade da organização, nomeadamente na descrição da sua missão e nos relatórios de final de ano (Tamayo, Mendes & Paz, 2000), segundo, pelo cálculo da média dos valores das pessoas que integram uma dada organização e pela aceitação de que tal pode ser considerada uma estimativa dos valores organizacionais (Sego, Hui & Law, 1997), terceiro, pelo conhecimento da percepção que os indivíduos têm acerca dos valores que vigoram e são actuados na organização em que laboram, em que os empregados são aceites como observadores internos da cultura organizacional (Tamayo & cols., 2000).

Esta concepção dos valores organizacionais, pode ser ainda observada nos seus aspectos cognitivo, motivacional, na funcionalidade dos valores e na sua hierarquização (Tamayo & Gondim, 1996):

- 1) Dimensão cognitiva. Alicerça-se nas crenças da organização como forma de conhecimento da realidade e de resolução de problemas, pelo que os valores se referem aquelas crenças enfatizadas pela cultura organizacional - sejam desejáveis ou não desejáveis -, que configuram um sistema hierarquicamente organizado;
- 2) Dimensão motivacional. Representa as metas mais ou menos conscientes que derivam dos interesses e desejos de uma ou mais pessoas com

responsabilidades na criação ou gestão organizacional, pelo que a raiz dos valores organizacionais é essencialmente motivacional;

3) Função dos valores. Regulam a vida e as rotinas organizacionais ao nível de cada indivíduo e grupo de indivíduos, uniformizando os modos de pensar, agir e até mesmo sentir, através do desenvolvimento de uma vinculação para com a organização, pelo que não só o comportamento actuado por um indivíduo é influenciado pelo sistema de valores vigente, como também os seus diferentes juízos de valor;

4) Hierarquização dos valores. A organização hierárquica dos valores organizacionais reflecte uma preferência e distinção entre o essencial e o acessório, pelo que os valores podem ser avaliados e classificados em graus de importância no que respeita à relação dos indivíduos com o mundo físico e social envolvente.

Posteriormente, Porto e Tamayo (2003) suprimem o aspecto funcional dos valores relativos ao trabalho, definindo-os simplesmente como um conjunto de princípios ou crenças acerca de metas ou recompensas hierarquicamente organizadas em relação à sua desejabilidade, que os indivíduos procuram satisfazer através do trabalho que exercem, seja pela orientação do comportamento que actuam no contexto laboral, seja pela selecção de umas alternativas em detrimento de outras, seja pela avaliação dos resultados alcançados.

Porto e Tamayo (2003), com base num levantamento de escalas para medir os valores para o trabalho - em que constataram que muitos destes instrumentos careciam de uma fundamentação teórica sustentada cientificamente -, e num conjunto de entrevistas realizadas com indivíduos de várias actividades profissionais (n=394), procedem ao desenvolvimento e validação de uma Escala de Valores pessoais relativos ao Trabalho (EVT), com um total de 45 itens distribuídos por quatro factores: realização no trabalho, relações sociais, prestígio e estabilidade.

Porto e Tamayo (2003), tendo como referência as teorizações de Schwartz (1992/1999) e de Sagie e cols. (1996), preconizam que o sistema de valores das pessoas se estrutura em dois níveis:

- 1) Geral. Tem a ver com a hierarquização dos critérios ou metas que regulam todos os aspectos da vida de uma pessoa, pelo que este nível é mais abrangente e abstracto;
- 2) Específico. Consiste na extrapolação da estrutura do sistema de valores geral, para situações e contextos do quotidiano (família, trabalho, religião) que envolvem processos de tomada de decisão, juízos de valor ou comportamentos específicos.

2.3.4.4.3. A concepção de Arciniega e González

Arciniega e González (2000), procuram distinguir os valores para o trabalho dos valores pessoais com base no contexto em que estes se manifestam, definindo os valores do trabalho na funcionalidade que exercem ao nível da configuração de um sistema cognitivo, em que estão representadas necessidades universais que determinam o modo como se hierarquizam os objectivos transsituacionais que os indivíduos transportam para o contexto laboral.

É pois na linha de pensamento de Feather (1990), Quinn (1988), Rokeach (1973), Schwartz (1992) e outros autores, que se inserem os trabalhos de Arciniega e González (2002), que observam os valores como um produto social mediado pela personalidade de cada indivíduo, que se referem à abstracção de conceitos ou crenças transituacionais acerca de estados ou comportamentos desejados, e se hierarquizam pela importância relativa que têm para o indivíduo, orientando assim o seu comportamento e a avaliação das situações, pelo que constituem um constructo hipotético que representa cognitivamente uma necessidade ou fim.

Muito embora a intensidade e prioridades que se associam às necessidades permitam representar os valores, os valores não são necessidades, antes constituem representações cognitivas de necessidades biológicas e sociais universais (Arciniega e González, 2000).

As pessoas tendem a procurar organizações com uma cultura configurada por um conjunto de valores percebidos como consonantes com a estrutura hierárquica de valores que identificam e reconhecem nelas (Arciniega e González, 2002).

Arciniega e González (2005), referem a tendência recente dos últimos anos em compreender o papel que os valores desempenham ao nível das interações que se estabelecem no dia-a-dia, particularmente no que respeita às consequências desses valores no contexto laboral, relembrando ainda o consenso que existe na comunidade científica acerca da relação entre a deterioração da importância atribuída aos valores, e as práticas organizacionais menos éticas como a fraude e a corrupção, que está também por detrás de alguns estudos que comprovam o carácter vital dos valores quanto ao funcionamento e sobrevivência das organizações. Para estes autores, na perspectiva das teorias equitativas, o grau de satisfação laboral dos indivíduos depende do equilíbrio percebido entre os esforços desenvolvidos no decurso do exercício profissional, com as recompensas e benefícios proporcionados pela organização.

Estes dois autores, desenvolvem uma investigação com o propósito de avaliar a relação daqueles valores mais representativos da procura do bem-estar dos outros - nomeadamente o valor da autotranscendência configurado pelos tipos motivacionais da benevolência e do universalismo teorizados por Schwartz (1992) -, com o grau de satisfação no trabalho, tendo concluído que quanto maior a autotranscendência experimentada, maior o sentimento de satisfação laboral (Arciniega & González, 2005).

Para Arciniega e González (2005), estes resultados são explicados quer pelo facto de estes indivíduos tenderem a ser menos eficazes no processamento da informação social que lhes permita avaliar pessoalmente as situações em termos de custos e benefícios - pelas dificuldades em se descentrarem das avaliações individuais que se tecem sobre os mesmos (Korsgaard, Meglino & Lester, 1996; cit. por Arciniega & González, 2005) -, quer pela satisfação que se sente no exercício profissional depender da concordância dos valores do indivíduo com os da organização, seja ao nível da existência dos recursos necessários para a realização das diferentes necessidades, seja ao nível da possibilidade de concretização dos diferentes objectivos do contexto laboral (Locke, 1976, 1984; cit. por Arciniega & González, 2005, pag. 128).

2.3.4.4.4. Escalas de valores relativos ao trabalho

Um dos primeiros inventários de valores face ao trabalho foi elaborado por Super (1957), e é composto por 105 combinações de 15 valores - em que cada valor é representado por duas afirmações -, e está dividido em duas partes -, a primeira com as combinações relativas à primeira afirmação e a segunda com as mesmas combinações referentes à segunda afirmação -, em que o resultado de cada factor é calculado com base na sua frequência absoluta. Este inventário está organizado nos seguintes 3 factores: valores intrínsecos (altruísmo, independência, estética, criatividade, estimulação intelectual, realização e gestão); valores extrínsecos de recompensa (modo de vida, prestígio, retribuição económica e segurança); valores extrínsecos concomitantes (variedade, ambiente de trabalho, relacionamento com os colegas de trabalho e com as chefias).

O'Connor e Kinnane (1961) procederam a uma análise factorial do inventário de valores relativos ao trabalho de Super (1957), e encontraram seis factores que designaram de criatividade, independência, sucesso material, prestígio, condições de trabalho e relacionamento com os colegas, altruísmo. Para além da sua extensão e difícil aplicação, este inventário carece de uma validação conclusiva.

O Questionário de Importância de Minesota (QIM) - *Minnesota Importance Questionnaire (MIQ)* - citado por Dawis (1992), é uma outra referência bibliográfica que integra 20 afirmações que estabelecem uma relação das condições de trabalho com os níveis de satisfação – medida pela importância conferida a um ambiente que estimule cada um dos valores que integra -, e avalia os seguintes seis factores: realização, conforto, *status*, altruísmo, segurança e autonomia.

O Questionário de Valores do Trabalho (QVT) – *Work Values Questionnaire (WWQ)* - de Elizur (1984, 1991), é uma escala que se baseia numa pesquisa bibliográfica acerca dos valores face ao trabalho e do constructo a que concerne a motivação, sendo constituída por 24 itens que pretendem representar os distintos aspectos e contribuições encontradas relativas aos valores do trabalho e às principais teorizações acerca da motivação. O autor optou por tratar os dados estatisticamente pelo recurso à análise de facetas, para assim testar relações hipotéticas entre as duas facetas

do modelo teorizado e a estrutura dos dados observados, e conceptualizar ainda os valores relativos ao trabalho.

De acordo com Elizur (1984, 1991), a modalidade de resultados é a designação da primeira faceta, que se subdivide em três classes relativas à natureza dos resultados do trabalho: afectiva (social), instrumental (material) e cognitiva (psicológica). A segunda faceta designa-se por contingências do sistema de recompensas e subdivide-se em recursos (incentivos providenciados antes da realização da tarefa, tais como os vários benefícios e condições de trabalho) e em recompensas (tudo aquilo que é oferecido depois da concretização da tarefa como forma de pagamento, reconhecimento e *status*). A estrutura hipotetizada por este autor foi confirmada pela técnica estatística SSA já referenciada.

Borges (1999) construiu um Inventário do Significado do Trabalho - distinguindo e classificando os seus atributos como valorativos e descritivos -, que organiza em cinco factores (exigências sociais, justiça no trabalho, carga física e desumanização, realização pessoal, sobrevivência pessoal e familiar).

Ros e cols. (1999), são outros autores que desenvolvem também um questionário para avaliação dos valores para o trabalho, que tem sido criticado pela comunidade científica, quer por integrar apenas 10 itens para medir 4 factores, quer por dicotomizar e classificar os valores em extrínsecos e intrínsecos. Os outros dois valores preconizados são o social e o poder. Estes quatro factores explicaram 64% da variância encontrada, e este instrumento foi validado através da técnica SSA e consequente análise factorial.

Mais recentemente, Porto e Tamayo (2003) desenvolvem uma escala de valores relativos ao trabalho sustentada no modelo teórico de Schwartz (1992, 1994). Por forma a contrariar a medida racional e taxonómica dos valores, os autores procederam à realização de entrevistas, aplicação de questionários e ao levantamento bibliográfico dos vários instrumentos construídos para a medida dos valores face ao trabalho, de que resultou a redacção de 95 itens que depois de analisados quanto à sua pertinência e representatividade dos 4 factores de segunda ordem, ficaram reduzidos a apenas 62.

As entrevistas realizadas por Porto e Tamayo (2003) eram semi-estruturadas e assentavam nas seguintes questões (p. 149): “1. Qual a sua ocupação / trabalho actual? 2. O que é o trabalho de _____ para você? 3. O que o levou a escolher este trabalho? 4. Qual o motivo pelo qual você trabalha? 5. O que você espera alcançar com o seu trabalho?” O questionário tinha apenas uma frase (p.149): “Cite três motivos pelos quais você trabalha”.

O questionário, que na sua forma final é composto por 72 itens avaliados numa escala de likert de 5 pontos, começa por ser validado semanticamente e, posteriormente, é objecto de uma análise dos componentes principais e uma análise factorial exploratória com rotação promax. Da extracção dos quatro factores principais obtidos por rotação promax e respectivo cálculo de fiabilidade, a escala ficou reduzida a 45 itens que se distribuem nos seguintes 4 factores:

- 1) Realização no trabalho. Tem a ver com a procura quer da realização pessoal e profissional, quer com a independência do pensamento e da acção, quer ainda com o prazer, obtidos por intermédio da criatividade e autonomia intelectual;
- 2) Relações sociais. Valorização de relações sociais positivas no contexto laboral e sentimento de contribuir para a sociedade com o trabalho prestado;
- 3) Prestígio. Refere-se a uma orientação para a autoridade, poder de influência e sucesso no trabalho;
- 4) Estabilidade. Diz respeito ao sentimento de segurança e ordem na vida proporcionado pelo trabalho, e satisfação das necessidades pessoais de ordem material.

Os dois primeiros factores exibem uma correlação alta, sendo ainda de salientar que os autores referem ainda que posteriormente teria interesse formular alguns itens representativos da relação entre as condições de trabalho e o conforto com o factor estabilidade. Por outro lado, em relação à teorização de Schwartz (1992 / 1994), o factor realização no trabalho relaciona-se com a abertura à mudança, o factor relações sociais

com a autotranscendência, o factor prestígio com a autopromoção, e o factor estabilidade com o conservadorismo.

Porto e Tamayo (2003) opinam que as poucas escalas de valores relativos ao trabalho carecem de uma fundamentação teórica específica, circunstância para que contribui a consideração científica dos valores para o trabalho como variáveis independentes.

Capítulo 3

OS CONCEITOS DE STRESS E BURNOUT

3.1. O conceito de stress

O stress foi oficialmente reconhecido como doença pela OMS apenas em 1992 (cit. por OMS, 1995), sendo então associado a várias alterações orgânicas e debilidades do binómio mente-corpo, que constituíram uma das principais razões das consultas médicas e da queda de produtividade no trabalho, entre muitos outros aspectos.

Curiosamente, os conceitos de stress e stressores começaram por ser utilizados no âmbito da ciência física dos séculos XVII, XVIII e XIX para designar a dificuldade, exigência, força e pressão exercidas não apenas sobre o material ou sobre os objectos, mas também sobre as pessoas (cit. por Serra, 2002).

De acordo com Serra (2002), a passagem da física para a biologia, faz-se progressivamente, com autores como Claude Bernard, fisiologista francês do século XIX, para quem a resposta biológica de sobrevivência do organismo face às agressões externas dependia da capacidade de cada ser vivo manter um nível de constância óptimo do seu meio interno face às demais alterações do meio externo, e como Osler em 1910, que identificava o stress não só com o trabalho árduo como também com as preocupações, condições que se reflectiam numa maior probabilidade em desenvolver “angina pectoris”.

Pinheiro (2000), vem complementar este conceito dizendo que neste conjunto de reacções, o organismo manifesta uma resposta quando é exposto a qualquer estímulo que o excite, irrite, amedronte, faça infeliz ou feliz, pelo que conceptualiza o stress como um mecanismo de adaptação normal do indivíduo na diversidade de relações que o indivíduo estabelece com o meio.

3.1.1. Teorias e modelos explicativos do stress

Para uma compreensão mais aprofundada e ampla do stress, apresentam-se quer algumas das principais teorizações e modelos, de que se destacam a teorização do stress de Cannon e Seyle, as teorias ambientalistas, a teoria da adaptação pessoa-ambiente, o modelo das exigências e controlo laborais, as teorias transacionais – que se desconstroem ainda nas abordagens de Lazarus e Folkman e de Mackay e Cooper -, o

modelo de stress ocupacional de Cartwright e Cooper, e, por último, o modelo de stress das exigências e recursos no trabalho, quer a abordagem das consequências do stress ocupacional ao nível do indivíduo e da organização, quer ainda a distinção dos conceitos de stress ocupacional e de burnout.

3.1.1.1. Teorização do stress de Cannon e Seyle

Só em 1935 com Cannon (cit. por Serra, 2002) é que o stress começou a ser considerado nas suas componentes psicológica e psico-endócrina, facto que para Serra (2002) o coloca mais próximo da linha de pensamento actual do que a teorização de Seyle (1976), considerado por muitos como o autor dos primeiros grandes trabalhos sobre o stress, embora inicialmente se revelasse apenas preocupado em compreender a actividade do eixo hipotálamo-hipófiso-suprarrenal. Cannon (1935), foi ainda o primeiro investigador a considerar o stress como um processo fragilizador da homeostasia, referindo que níveis críticos de stress constituíam uma ameaça ao equilíbrio do organismo, que assim desencadeava todo um conjunto de respostas de defesa mediadas pelo sistema simpático-medular (cit. por Serra, 2002).

Ribeiro (1998) e Serra (2002), numa referência à investigação desenvolvida por Seyle nos anos cinquenta, destacam o trabalho laboratorial que permitiu a este autor verificar que os ratos, quando submetidos aos mais diversos estímulos nocivos - como as preparações glandulares tóxicas que lhes eram administradas -, e à presença de determinados estímulos aversivos - como as alterações de temperatura, infecções, traumatismos, hemorragias, etc. -, apresentavam todo um conjunto de alterações corporais degenerativas ou involutivas, que designou de Síndrome Geral de Adaptação (SGA), numa lógica decorrente do padrão de mudanças provocado pelos mecanismos de adaptação do organismo.

O Síndrome Geral de Adaptação (SGA) preconizado por Seyle em 1946 (cit. por Serra, 2002), desenvolvia-se ao longo de três fases distintas, como a seguir se descreve:

1ª fase (Reacção de alarme). Decorre da exposição repentina a uma estimulação nociva, que se caracteriza pela activação do eixo simpático medular, para a qual o organismo não se encontra adaptado, e que se estrutura nas seguintes duas sub-fases:

- a) Reacção de Choque. Em função do aumento da produção de adrenalina e de noradrenalina decorrentes da activação da medula suprarrenal, desenvolvem-se alguns sintomas típicos como a taquicardia, diminuição da temperatura do corpo, da pressão sanguínea e do próprio tónus muscular;
- b) Reacção de Contra-Choque: Devido à estimulação do cortex adrenal e do aumento da secreção das hormonas adrenocorticóides, o indivíduo organiza e mobiliza todo um conjunto de defesas biológicas que o capacitam para lutar ou para fugir.

2ª Fase (Resistência). Caracteriza-se pela activação do eixo hipotálamo-hipófiso-suprarrenal, com o objectivo de reparar e regular muitas das alterações induzidas na fase anterior, o que permite uma adaptação gradual ao stressor. Nesta fase, ocorre ainda uma activação do metabolismo em geral, que se repercute nomeadamente no aumento da taxa de cortisol no sangue e da força muscular, e ainda uma diminuição dos processos de tumefacção e de inflamação.

3ª Fase (Exaustão). Se o esforço desenvolvido pelo organismo, quer para reparar as modificações resultantes da fase de alarme, quer para se adaptar à situação indutora de stress, não for bem sucedido, segue-se a fase de exaustão, que se reflecte numa nova reactivação vegetativa e na manutenção de níveis elevados de cortisol, que naturalmente têm repercussões negativas sobre o organismo, enfraquecendo o sistema imunitário a tal ponto que o organismo pode mesmo sucumbir.

Em 1946, Seyle (cit. por Serra, 2002) procurou explicar o fenómeno do stress numa relação de causalidade linear - à maneira dos primórdios da teoria comportamental behaviorista -, partindo do pressuposto que os mesmos estímulos provocam a mesma resposta nos diferentes organismos, concepção que foi posteriormente corrigida por Lazarus (1966), ao referir que toda a reacção aos estímulos experimentados depende da avaliação do grau de ameaça que representa a situação.

3.1.1.2. Teorias ambientalistas

Holmes e Rahe (1967), dão início a uma teoria ambientalista ao sustentarem que as características do meio ambiente (*life events*) geram stressores que são responsáveis

pela criação de necessidades excessivas, perspectiva que é mais tarde retomada por outros autores, nomeadamente Wethington, Brown e Kessler (1997), que procuram compreender o stress de acordo com a susceptibilidade das pessoas aos stressores externos, com a acumulação diária de diferentes stressores, e ainda com a qualidade e frequência do suporte social existente.

Estes autores criam mesmo uma “Escala de Eventos Vitais de Holmes e Rahe”, em que procuram hierarquizar o impacto de cada um dos tipos de eventos vitais que constam desta escala, com base na premissa da interacção destes acontecimentos com outros factores individuais de natureza genética ou aprendida, e de natureza fisiológica ou psicológica. Esta concepção foi adaptada à psicopatologia, através da construção de um modelo etiológico que procura compreender os processos mórbidos que colocam em risco a saúde de um indivíduo, pela manifestação de determinados tipos de eventos na vida de pessoas mais susceptíveis (Fowles, 1992).

3.1.1.3. Teoria da adaptação pessoa-ambiente

Geralmente designada na comunidade científica por “person-environment fit theory” ou abreviadamente por “P-E fit theory”, constitui um dos primeiros modelos interacionistas desenvolvidos com a intenção de explicar o stress ocupacional, tendo sido ampliado por vários autores nos últimos anos, no sentido de procurar compreender a natureza e consequências do stress, enquanto processo conjuntamente mediado pelo indivíduo e pela situação ou meio envolvente (Cooper, 1998).

No âmbito deste modelo, interessa então distinguir e compreender quer o indivíduo e o meio, isolada e conjuntamente, quer as representações objectivas e subjectivas do indivíduo e do meio, quer ainda as exigências do meio em relação às capacidades da pessoa, e as necessidades das pessoas em relação aos recursos do meio que possibilitam a satisfação destas necessidades (Edwards, Caplan & Van Harrison, 1998).

Para Cooper (1998), uma vez que esta adaptação pessoa-meio se reveste de um carácter subjectivo, é lícito concluir que a saúde mental, as atitudes e outras variáveis relacionadas com o sentimento de bem-estar, estejam na dependência do stress enquanto processo que se desenvolve, por um lado, quando o meio não proporciona os meios

adequados para satisfazer as necessidades das pessoas, e, por outro lado, quando as capacidades das pessoas ficam aquém das exigências que constituem pré-requisitos para a concessão dos recursos necessários.

Perante a inadequação subjectiva do binómio pessoa-meio, observa-se a manifestação de uma tensão física e psíquica, a evidência de um conjunto de sintomas comportamentais típicos, e ainda o desenvolvimento de um esforço para resolver esta inadaptação pessoa-meio, pela actuação de estratégias de coping específicas ou mecanismos defensivos: em que o coping consiste numa gestão cognitiva do stress, que se traduz num esforço para melhorar o objectivo da adaptação pessoa-meio, seja pela alteração do objectivo da pessoa ao nível do processo adaptativo, seja pela reconsideração do objectivo do meio pelo aprofundamento dos conhecimentos; os mecanismos defensivos envolvem a orientação dos esforços para reforçar a subjectividade da adaptação pessoa-meio, através da distorção cognitiva dos aspectos subjectivos que se referem às pessoas ou ao meio, pela repressão ou negação, sem que contudo sejam alteradas as contrapartidas objectivas, muito embora as consequências desta adaptação pessoa-meio estejam profundamente interrelacionadas (Edwards & cols., 1998).

Uma das críticas geralmente apontada a esta teoria, é que muito embora descreva o processo pelo qual a pessoa e o meio se influenciam conjuntamente na determinação de uma tensão que merece a designação de stress, não especifica o conteúdo da pessoa ou as dimensões do meio.

3.1.1.4. Modelo das exigências e controlo laborais

O modelo das exigências e controlo laborais, vulgarmente conhecido por “Job demand-control model (JD-C model)”, foi igualmente concebido a pensar nas situações ocupacionais, em que os stressores são crónicos e as consequências dos processos de tomada de decisão ao nível organizacional, evidenciam a importância do controlo destes stressores (Karasek, 1993).

Em termos globais, este modelo baseia-se nas características psicossociais do trabalho, em que a latitude das decisões interage com as exigências psicológicas na determinação de efeitos a longo prazo ao nível da saúde (Karasek, 1993), pelo que: (1)

Quando as exigências psicológicas são excessivamente elevadas e se combinam com uma latitude decisional baixa, intra e extra-funcional, o resultado é um constrangimento psicológico com efeitos adversos ao nível da saúde (fadiga, ansiedade, depressão e doença), sendo que esta situação pode ainda agravar-se mais perante a inexistência ou a deficiência do apoio manifestado pelos superiores hierárquicos e colegas de trabalho;

(2) Nos casos em que a abrangência das decisões que podem ser tomadas ao nível do trabalho é alta, e as exigências psicológicas são também elevadas mas de um modo não exagerado, o resultado é uma aprendizagem e crescimento psicológico significativos;

(3) Naquelas situações em que a latitude decisional é baixa e as exigências psicológicas também, tende a ocorrer uma perda das capacidades e uma atrofia dos mecanismos de coping existentes.

O principal contributo deste modelo, tem a ver com a importância colocada ao nível do controlo das exigências laborais, e do processo de socialização em termos de coping e da aprendizagem.

3.1.1.5. Teorias transacionais

Os modelos cognitivo-comportamentais desenvolvidos no âmbito da psicopatologia, possibilitaram uma concepção transacional do stress psicológico ao nível do trabalho, em que era salientada a importância de compreender a avaliação da situação pelo indivíduo, bem, como os processos de coping actuados numa perspectiva diacrónica (Mackay & Cooper, 1987; Dantzer, 1993).

Basicamente, as interacções entre uma pessoa e o meio podem ser observadas como uma transacção em que dois processos são identificados como críticos, a saber:

Avaliação cognitiva. Tem a ver com o modo como o indivíduo percepção, interpreta, representa e avalia cognitivamente a relevância e o impacto de uma situação face ao seu bem-estar. Esta avaliação é mediada por factores pessoais e situacionais, pelo que uma situação só pode ser considerada como stressante se for avaliada como tal;

Coping. É um processo situacional de enfrentamento que é desencadeado face às exigências externas e internas específicas que são avaliadas como excessivas em

relação aos recursos pessoais, e que se traduz numa alteração constante das cognições e dos esforços comportamentais, por forma a melhor gerir a escassez de recursos perante a situação com que o indivíduo se confronta.

O resultado deste confronto, depende de um processo de interacção entre as variáveis individuais, as variáveis situacionais, e a avaliação que o indivíduo faz da situação, que envolve um processo de interpretação simbólica (avaliação cognitiva) ou de atribuição de um significado (avaliação subjectiva).

Ou seja, o stress não surge como uma consequência do desequilíbrio entre as exigências objectivas de uma situação concreta e a capacidade de resposta de uma pessoa, antes depende da percepção destes factores e da importância das consequências atribuídas ao fracasso (Hobfoll, 1989).

3.1.1.5.1. Modelo transaccional do stress ocupacional de Lazarus e Folkman

Lazarus e Folkman (1984), foram os primeiros autores a teorizar um modelo transaccional do stress que se distingue dos anteriores, seja por conceber a pessoa e o meio numa relação dinâmica e mutuamente recíproca e bidireccional, seja por colocar uma ênfase particular na interdependência entre as cognições, as emoções e os comportamentos.

Este modelo perspectiva ainda uma dimensão temporal, salientando as alterações que ocorrem ao longo do tempo, e distingue as consequências imediatas das consequências a longo prazo do stress sobre a adaptação, pelo que o stress surge como um processo que se reconstrói permanentemente face às situações com que o indivíduo se confronta no seu quotidiano, em que as diferentes características das pessoas e dos meios se interpenetram e convergem na determinação de novos significados que se repercutem nos processos de avaliação da situação.

Quanto aos processos intermediários, salienta-se o carácter sistemático e repetitivo do seu estudo, bem como a necessidade de uma observação directa - seja através de relatos subjectivos acerca da avaliação da situação ou das estratégias de coping activadas, seja com base nos comportamentos que utilizam formas particulares de coping -, pelo que os estudos suportados neste modelo são perspectivados por forma

Figura 6 – Modelo transacional do stress (adaptado de Lazarus e Folkman, 1984)

Estes autores insistiram ainda numa concepção do stress em três níveis que devem ser sempre ponderados, mesmo quando o interesse do investigador assenta apenas num destes níveis, pois que só a observação simultânea dos três proporciona uma visão de conjunto acerca de todas as variáveis intervenientes na manifestação do stress. Estes níveis são o social, o psicológico e o fisiológico. Esta teorização pode ser observada esquematicamente no modelo transaccional apresentado na figura 6.

O modelo explicativo do stress teorizado por Lazarus e Folkman (1984), caracteriza-se pelo seu realismo, pois que nem todas as situações-problema podem ser solucionadas, e integra dois conceitos básicos que interessam compreender em toda a sua abrangência, os processos de coping e de avaliação.

3.1.1.5.1.1. Processo de coping

Para Lazarus e Folkman (1984), o coping é um processo dinâmico que implica esforços cognitivos e comportamentais para minimizar ou anular todas aquelas exigências internas ou externas avaliadas como excessivas face aos recursos pessoais que podem ser actuados. Em termos funcionais, está orientado mutuamente quer para atenuar ou alterar uma situação problemática que se repercutiu num ambiente stressante – em que o coping incide objectivamente no problema –, quer para regular a resposta emocional evocada face a um problema – em que o coping se concentra então nos aspectos emocionais.

Basicamente, o coping refere-se ao processo actuado pelo indivíduo para gerir aquelas exigências de natureza interna e/ou externa que ultrapassam os recursos ao seu dispor, em que se incluem os pensamentos, as emoções e os comportamentos utilizados pela pessoa para enfrentar as exigências resultantes da interação que estabelece com o meio e que têm relevância para o seu bem-estar. O processo de enfrentamento ou coping actuado é proporcional à adaptação dos esforços cognitivos, emocionais e comportamentais desenvolvidos para dar resposta aquelas solicitações que excederam os recursos da pessoa, pelo que constitui também um processo situacional que envolve uma interacção dinâmica e complexa entre o indivíduo e o meio. De acordo com os autores, o conceito de coping não pode ser observado e equiparado a um mecanismo automático ou inconsciente de adaptação.

O modo como uma pessoa enfrenta os acontecimentos é determinado, quer pelos recursos materiais, quer pelos seus próprios recursos ao nível da saúde, vitalidade, crenças existenciais associadas essencialmente à religião, crenças gerais acerca do controlo, carácter motivacional dos compromissos existentes, atitudes face à resolução de problemas e aos diferentes contextos sociais, etc., aspectos que conferem o grau de

variabilidade encontrado no âmbito interpessoal quanto ao modo de gestão e duração dos processos de coping.

Os processos de coping actuados, dependem também da manifestação de obstáculos individuais, situacionais e institucionais, que impossibilitam a utilização dos recursos existentes. Ao nível individual, estes obstáculos têm a ver com aspectos psicológicos e com valores ou crenças culturais, que assim interditam alguns comportamentos mais adequados. Já ao nível situacional, os obstáculos estão relacionados com a necessidade de satisfazer uma multiplicidade de exigências simultâneas, dispondo dos mesmos recursos. Por último, ao nível institucional, estes obstáculos dizem apenas respeito às organizações que frustram todos os esforços de coping desenvolvidos.

Os principais objectivos do processo de coping de Lazarus e Folkman (1984) são: retirar ou reduzir as influências do estímulo avaliado como stressante; permitir a tolerância das circunstâncias e acontecimentos desagradáveis ou procurar a adaptação do indivíduo a este desequilíbrio do seu bem-estar; assegurar a manutenção de uma auto-imagem positiva; manter um relacionamento satisfatório com as outras pessoas.

A resposta de coping é mediada essencialmente por variáveis de natureza cognitiva, o que pode ser observado na tendência que o indivíduo manifesta em evitar aquelas situações que avaliou como ameaçadoras, bem como na aceitação de situações de perda. Contudo, podem também ser actuados comportamentos de enfrentamento face aos desafios com que o indivíduo se confronta. As respostas de coping podem ser classificadas quer quanto ao seu tipo – fuga, evitamento, procura de informação, procura de apoio social, etc. –, quer quanto à sua função racional – em que o coping está associado à situação problema –, quer ainda quanto à sua função empírica – quando o coping se relaciona com as emoções.

De acordo com Keyser e Hansez (1996), a conceptualização formulada por estes autores tem o mérito de permitir a distinção dos esforços de coping daqueles comportamentos adaptativos automáticos. Contudo, considerando outras contribuições teóricas, esta mesma definição dificulta a avaliação do estilo geral de coping de um indivíduo, pois que requer uma análise contextual das situações stressantes.

Ainda para Lazarus e Folkman (1984), existem duas estratégias de coping que podem ser usadas pelo indivíduo para reduzir o sofrimento sentido, mais do que para subtrair os motivos do stress percebido – o coping instrumental e/ou o coping paliativo -, que se baseiam, por um lado, nas técnicas usadas no âmbito da terapia cognitiva, nomeadamente no que se refere ao modo como são resolvidos os problemas e à reavaliação e reatribuição cognitiva (Fennel, 1997; Young, Beck & Weinberger, 1999), e, por outro lado, em conceitos da psicologia social, tais como as noções de controlo primário (coping instrumental) e de controlo secundário (coping paliativo), desenvolvidos por Rothbaum, Weisz e Snyder (1982), ou os conceitos de coping assimilativo ou acomodativo formulados por Brandstädter (1989).

Estratégia de coping instrumental. É uma estratégia que se centra no problema e se reflecte na procura de mais informação pertinente, quer para uma resolução cognitiva mais eficaz da situação, quer para a alteração activa da situação ou acontecimento stressante. Os processos assimilativos ou de controlo primário, têm a ver com os esforços intencionalmente mobilizados com o objectivo de alterar o meio por forma a satisfazer as necessidades e os desejos do indivíduo, e envolvem comportamentos extrínsecos orientados para capacitar o indivíduo a modelar o ambiente, pois que este pode escolher o conjunto de contingências que estejam em consonância com os seus interesses pessoais e as suas necessidades de desenvolvimento (Heckhausen & Schultz, 1995).

Estratégia de coping paliativa. É uma estratégia que destaca o papel das emoções e enfatiza de um modo objectivo as técnicas comportamentais e cognitivas na gestão da tensão emocional resultante de um acontecimento stressante. Os processos acomodativos ou de controlo secundário procuram concentrar-se nos aspectos positivos da experiência, deixando que seja esta a controlar o rumo dos acontecimentos, pelo que mobiliza comportamentos internos (Heckhausen & Schultz, 1995).

3.1.1.5.1.2. Processo de avaliação

O conceito de avaliação de Lazarus e Folkman (1984), refere-se aos diferentes processos cognitivos que interferem na reacção do indivíduo (valores, compromissos,

formas de perceber e pensar) face a uma situação de confronto com características próprias passíveis de serem interpretadas. Estes autores, identificam três estilos de avaliação cognitiva (avaliação primária, avaliação secundária e reavaliação):

Avaliação primária. Consiste no processo de atribuição de um significado a um acontecimento, em que o indivíduo se interroga acerca do perigo ou benefício que uma situação comporta para ele, no momento actual ou futuro, e em que medida, pelo que constitui um primeiro julgamento da situação que permite determinar se o seu confronto tem influência sobre o seu bem-estar, seja positiva ou negativamente. As avaliações primárias consideradas negativas ou stressantes podem assumir a forma de um prejuízo – tal como uma ameaça, doença, incapacidade ou perda –, mesmo que não vivido mas antecipado, ou de um desafio de que se pode sair ganhador e enriquecido.

Avaliação secundária. Constitui um processo de julgamento que permite determinar o que pode e deve ser feito para solucionar uma situação-problema. Na terminologia de Bandura (1977), a avaliação daquilo que pode ser feito merece a designação de julgamento de expectativa de resultado, enquanto que a avaliação do que deve ser feito se denomina de julgamento de expectativa de eficácia. Essencialmente, trata-se de um processo de avaliação complexo que considera todas as formas de coping possíveis, seja a probabilidade de uma determinada opção de coping permitir ultrapassar a diminuição dos resultados, seja a probabilidade da aplicação efectiva de uma dada estratégia e a avaliação das consequências da utilização desta estratégia em função das exigências ou constrangimentos externos e/ou internos.

Reavaliação. Tem a ver com os novos julgamentos que emergem da necessidade de ponderar a actualização da informação respeitante ao meio ou ao indivíduo, sendo que por vezes esta reavaliação resulta dos esforços de coping e assume assim um carácter defensivo. O confronto com uma situação stressante, constitui um processo recursivo em que o indivíduo avalia sistematicamente todos os acontecimentos e informações, por forma a continuar a actuar estratégias de coping cuja adequação se pode inferir pelos resultados encontrados através de um processo contínuo de reavaliação.

As avaliações primárias interagem com as avaliações secundárias na determinação do grau de stress, bem como da intensidade e qualidade da reacção emocional, pelo que, neste sentido, o processo de avaliação de uma dada situação é muito idêntico ao processo de resolução de problemas.

3.1.1.5.1.3. Influência dos factores individuais sobre o processo de avaliação

Segundo Schwartz e Stone (1993), a avaliação dos factores individuais (idade, sexo, escolaridade, condição sócio-económica, auto-confiança, experiência, percepção de auto-eficácia, etc.) na determinação do stress, ainda se encontra numa fase incipiente. Contudo, os interesses e as crenças são dos factores que mais influenciam a avaliação cognitiva de uma situação (Lazarus & Folkman, 1984):

Interesses. Os interesses revestem-se de um carácter motivacional, pois que se referem essencialmente a tudo aquilo que se valoriza e determina as escolhas de cada um, e afectam a avaliação das situações, seja incitando as pessoas a adoptarem uma estratégia de enfrentamento pelos benefícios de que eventualmente possam usufruir, seja evitando aquelas situações que representam uma ameaça ou que as podem magoar. Quanto mais profundos forem os interesses de um indivíduo, tanto mais importante é o seu comportamento reactivo face às ameaças e desafios avaliados numa dada situação, e, por outro lado, tanto maior é a tendência para o aperfeiçoamento individual, que assim é orientada para a satisfação destes interesses. De salientar ainda que no contexto laboral, estes interesses individuais são mediatizados pelo ambiente ao nível do grau de implicação no trabalho, sistemas de recompensa, etc.;

Crenças. O carácter implícito das crenças no desenvolvimento do stress, dificulta a determinação objectiva do seu impacto na avaliação de uma situação, muito embora se possa afirmar que as crenças determinam o modo como uma pessoa avalia quer o que está a acontecer, quer o que pode vir a acontecer. No que concerne ao stress, as crenças podem estar relacionadas com o controlo pessoal ou serem ainda de natureza existencial:

- Crenças existenciais. Estas crenças têm a vantagem de poder conferir um significado às diferentes situações e acontecimentos, bem como manter a

esperança mesmo perante as circunstâncias mais adversas, podendo ser afectivamente neutras ou influenciar o estado emocional de uma pessoa, sobretudo quando associadas a determinados interesses em jogo numa situação de confronto particular;

- Crenças acerca do controlo pessoal. As crenças que têm a ver com o controlo pessoal, estão associadas com uma avaliação subjectiva respeitante à capacidade de um indivíduo exercer um julgamento acerca do controlo possível de uma dada situação, tal como no contexto laboral por exemplo. De acordo com Steptoe e Appels (1989), o controlo pessoal depende de uma crença global que se refere à medida em que os assuntos tidos como importantes são determinados por factores internos, tais como as diferentes competências do indivíduo e o seu empreendedorismo e inovação. Esta crença geral de controlo, exerce mais influência sobre as percepções de controlo que assentem em características do meio ambíguas ou novas, podendo reflectir-se quer numa redução dos níveis de stress – quando a avaliação de controlo é positiva -, quer num incremento do stress – na medida em que a pessoa estima ter pouco controlo sobre a situação.

3.1.1.5.1.4. Influência dos factores situacionais sobre o processo de avaliação

Quando nos referimos a uma determinada situação, tendemos a avaliá-la quanto ao seu grau de novidade, previsibilidade ou incerteza. O aspecto inovador de uma situação estimula inferências avaliativas baseadas em experiências passadas ou em conhecimentos gerais, pelo que pode induzir algum stress psicológico, enquanto que a previsibilidade de uma situação não constitui um factor que contribua para a compreensão do stress.

Contudo, a relação entre a incerteza sobre a ocorrência de determinados acontecimentos e a avaliação da situação, ao introduzir aspectos subjectivos inerentes às estimações probabilísticas, revela-se de natureza complexa. Ou seja, quanto maior o grau de incerteza respeitante a uma situação, maior tenderá a ser o stress desenvolvido, menor será a eficácia dos processos de coping, e maior será a confusão mental do indivíduo.

Por outro lado, quanto mais as avaliações situacionais de controlo se basearem em informações incompletas e/ou sejam influenciadas por factores de índole pessoal, maior a tendência quer para uma menor precisão, quer para uma menor eficácia das estratégias de coping actuadas, e, conseqüentemente, um aumento do stress. Para Lazarus e Folkman (1984), na compreensão do stress enquanto processo, interessa considerar três factores situacionais (eminência da situação, duração da situação de confronto e incerteza temporal):

Eminência da situação. Quanto maior a eminência de uma situação, mais intensa e urgente se torna a sua avaliação, e, por outro lado, quanto menos eminente é um acontecimento, mais complexos se tornam os processos de avaliação. Convém ainda referir, que o passar do tempo se pode reflectir num aumento do sentimento de ameaça, ou, pelo contrário, na atenuação da ameaça através da actuação de estratégias de coping de natureza cognitiva, e que a antecipação temporal de um evento pode levar a uma redução da reacção ao stress;

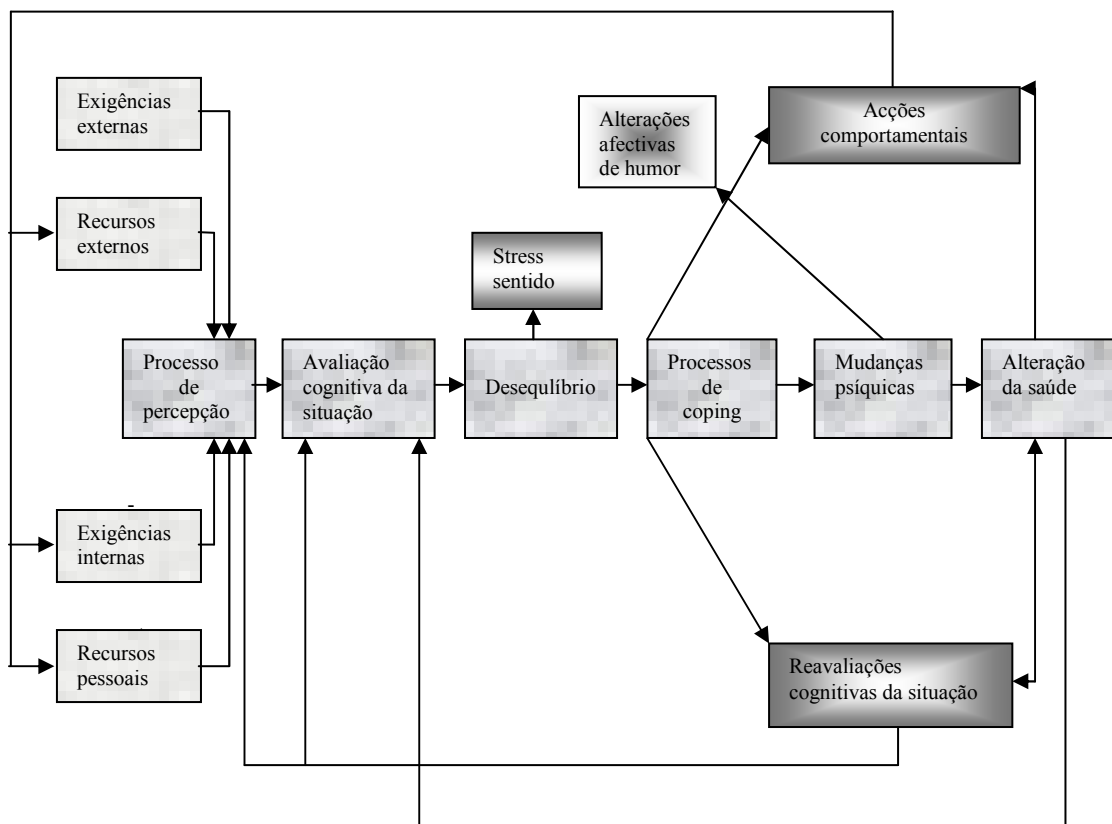
Duração da situação de confronto. Esta duração da situação de confronto refere-se ao intervalo de tempo correspondente ao decurso de uma situação ou acontecimento, pelo que não é de estranhar que os estudos desenvolvidos neste âmbito tenham sido influenciados pelo conceito do Síndrome Geral de Adaptação (SGA) de Seyle (cit. por Serra, 2002). O contacto continuado com aqueles stressores tidos como crónicos, nem sempre se traduz na manifestação do burnout, pois que muitas vezes esta habituação se reflecte numa avaliação menos stressante da situação, para a qual podem ainda contribuir os mecanismos de coping;

Incerteza temporal. Muito embora não se encontrem muitos estudos que ponderem o factor tempo, tudo leva a crer que a incerteza em não saber quando um acontecimento vai ocorrer, conduz ao desenvolvimento de processos de coping que se repercutem numa atenuação das reacções de stress. Para Keyser e Hansez (1996), o carácter repetitivo de uma situação e os efeitos de uma reavaliação constante, o grau de ambiguidade que caracteriza a maioria das situações, o ritmo das situações stressantes, e os acontecimentos fora do tempo ou do contexto, constituem outros elementos temporais que merecem ser estudados.

3.1.1.5.2. Modelo transaccional do stress ocupacional de Mackay e Cooper

Mackay e Cooper (1987) apresentam um modelo transaccional do stress, originalmente designado por “Transactional model of occupational stress”, que se enquadra não só na linha de raciocínio de Lazarus e Folkman (1984), mas também numa concepção cibernética, uma vez que o stress resultaria da relação estabelecida entre os diferentes elementos em processo e da sua evolução na presença de determinados factores.

Figura 7 – Modelo transaccional do stress ocupacional (adaptado de Mackay e Cooper, 1987)



Este modelo deve ser compreendido de acordo com os seguintes factores:

- 1) Inadequação entre as exigências do ambiente de trabalho e a capacidade evidenciada pelo indivíduo ao nível das atitudes e dos recursos disponíveis para superar estas exigências, sendo também importante sublinhar que a percepção desta inadequação desempenha um papel preponderante no desenvolvimento do stress;

- 2) Desequilíbrio resultante do confronto entre as exigências internas do indivíduo enquanto stressores individuais, e os recursos providenciados pelo ambiente de trabalho para este mesmo indivíduo;
- 3) Processos de avaliação baseados nos elementos externos e internos, por forma a avaliar se existe ou não um desequilíbrio e determinar se tal constitui ou poderá constituir um problema a longo prazo;
- 4) Conceptualização do coping enquanto processo consequente de uma exposição a uma situação stressante, integrando elementos cognitivos, comportamentais e fisiológicos, que se alteram com maior ou menor rapidez e influenciam a maneira de um indivíduo reagir;
- 5) Feedback como mecanismo que se reflecte em alterações metodológicas.

3.1.1.6. Modelo de stress ocupacional de Cartwright e Cooper

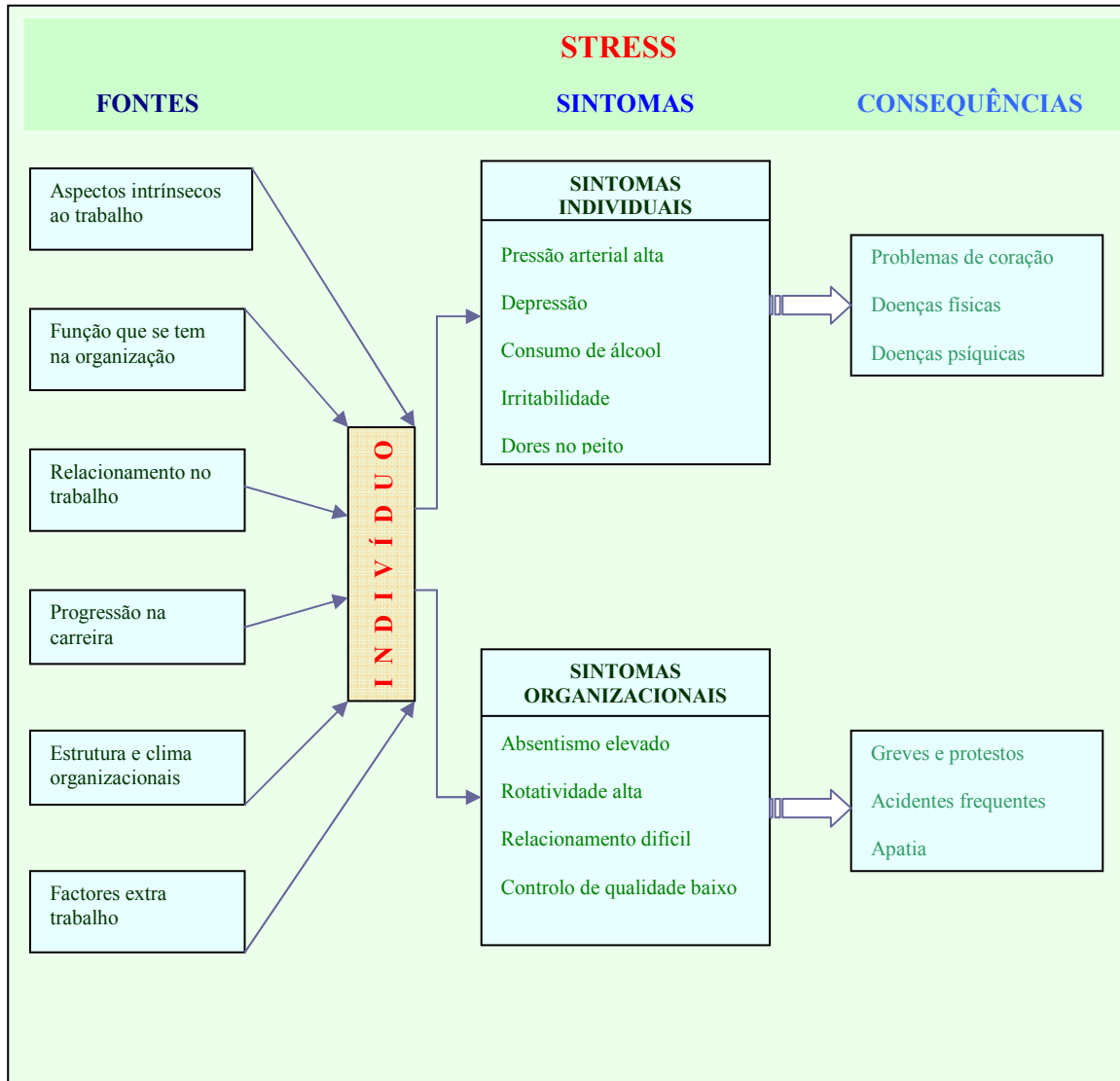
Antes de se passar a apresentar o modelo proposto por Cartwright e Cooper (1997), é importante recordar sucintamente as contribuições de Hurrell, Nelson e Simmons (1998) e Levi (1998), relativamente à compreensão do stress ocupacional, pois que para além de se inserirem na linha de pensamento destes autores, possibilitam uma abrangência conceptual mais completa acerca deste construto.

Hurrell e cols. (1998), sugerem uma sistematização das variáveis relacionadas com o stress ocupacional em três classes: (1) condições do ambiente de trabalho e outros aspectos que interferem no bem-estar dos indivíduos; (2) tensão e cansaço resultantes das reacções psíquicas e físicas aos stressores laborais; (3) alterações ao nível do estado da saúde, como resultado de uma exposição intensa e negativa aos stressores laborais

Para Levi (1998), os stressores ocupacionais são uma consequência seja das estruturas e processos patogénicos das organizações, seja dos diferentes aspectos sociais que as caracterizam, sendo mediados, por um lado, pela percepção, experiência e avaliação das diferentes situações, e, por outro lado, pela personalidade, hábitos e atitudes de cada pessoa. As respostas individuais aos stressores podem ser de natureza fisiológica, psicológica e comportamental, e resultar no cansaço ou na doença física ou

psíquica, com a consequente diminuição da qualidade de vida, da satisfação e do bem estar.

Figura 8 – Modelo de stress ocupacional (adaptado de Cartwright e Cooper, 1997)



Cartwright e Cooper (1997) sugerem seis grandes fontes de stress ocupacional, que podem resultar no desenvolvimento de toda uma sintomatologia a ser observada aos níveis individual e organizacional, uma vez que se reflecte não só na saúde do indivíduo, mas também na saúde da organização, conforme se pode observar na figura anterior.

3.1.1.6.1. Factores intrínsecos ao trabalho. Diz respeito aos factores inerentes ao trabalho, como uma diminuta ou excessiva carga laboral a ser observada quantitativa ou qualitativamente, condições laborais deficientes, período de trabalho muito longo, viagens frequentes, trabalho por turnos, riscos e perigos profissionais.

3.1.1.6.2. Papel desempenhado no trabalho. A definição e a compreensão do papel a desempenhar, a par da clarificação e não conflito das expectativas de um indivíduo em relação à organização, são dois aspectos que contribuem para a minimização do stress, razão por que Cartwright e Cooper (1997) apontam três factores críticos ao nível da função exercida numa organização:

Ambiguidade de papel. Quando não existe uma especificação e compreensão dos objectivos do trabalho, as responsabilidades e expectativas existentes podem conduzir a uma fragilização e quebra do entusiasmo, motivação, estima e satisfação pessoais, razões que se manifestam amiúde na intenção em sair da organização;

Conflito de papel. Quando as exigências ao nível do trabalho não estão em consonância com o que o indivíduo deseja fazer ou não são consideradas como parte integrante da função, este desenvolve maior propensão para desenvolver níveis de ansiedade mais elevados;

Responsabilidade. É uma das características de todas as profissões, uma vez que dentro de uma organização há sempre tarefas a realizar, prazos a cumprir e alguém a quem dar satisfações, pelo que este é um dos factores mais stressantes e associado ao risco de doenças coronárias.

3.1.1.6.3. Relacionamento interpessoal no trabalho. O relacionamento interpessoal no contexto laboral merece ser estudado atentamente, pois que a sua maior ou menor qualidade pode representar uma fonte de suporte social ou um motivo de stress. Para os autores, existem três níveis críticos em que este relacionamento deve ser observado:

Relacionamento com os superiores. Quando não existe um relacionamento psicologicamente saudável com as chefias, a estabilidade emocional dos indivíduos fica fragilizada;

Relacionamento com os subordinados. Quando as chefias estão essencialmente orientadas para a gestão das tarefas e cumprimento dos objectivos, e consideram os relacionamentos interpessoais um desperdício de tempo, se bem que tal lhes permita uma maior gestão do stress, também se repercute em todo um conjunto de problemas sérios ao nível interpessoal e consequente custo para a organização;

Relacionamento com os colegas. A competição e grau de compatibilidade personalística dos colegas de trabalho de um departamento ou organização, dado o número de horas que estas pessoas colaboram umas com as outras, é também uma fonte de stress significativa.

3.1.1.6.4. Desenvolvimento profissional. Ao longo de uma vida de trabalho, as inevitáveis mudanças ao nível do posto de trabalho ou do próprio emprego, também constituem potenciais stressores. Assim, a diversidade de preconceitos encontrados no trabalho, falta de segurança ou medo de perder o posto de trabalho, constantes avaliações de desempenho, necessidade de actualização dos conhecimentos profissionais, reforma, etc., representam alguns dos stressores a que estão sujeitos os elementos de uma organização.

3.1.1.6.5. Estrutura e clima organizacional. Quando se pertence a uma organização que pratica uma política de ameaça à liberdade e autonomia individuais, em que existem poucas oportunidades de participar nos processos de tomada de decisão, e em que se é propositadamente excluído das comunicações e auscultações oficiais praticadas pela organização, é natural que a saúde do indivíduo seja mais precária, exista uma tendência para o consumo de álcool, se tenha uma menor auto-estima e se deprima com mais facilidade, haja mais absentismo e uma maior intenção de abandonar a organização, pois que a participação nas tomadas de decisão no contexto laboral, para além de melhorarem as comunicações nos diferentes níveis da organização, traduzem-se também num sentimento de controlo crucial para a manutenção do bem-estar dos indivíduos.

3.1.1.6.6. Pressões familiares e laborais. Como referem Greenhaus, Callanan e Godshalk (2000), os diferentes papéis que têm que se desempenhar no trabalho e no seio familiar, por vezes revelam-se incompatíveis e conduzem à manifestação de conflitos que podem ter a ver com o tempo disponibilizado para cada um destes meios,

com a generalização da tensão sentida de um meio para o outro, e ainda com a incompatibilidade dos comportamentos actuados no trabalho e na família. Para Cartwright e Cooper (1997), a continuidade desta tensão ou conflito entre o trabalho e a família representa uma ameaça séria ao apoio e suporte que devem ser experimentados em casa. Neste sentido, pode falar-se em stressores que se manifestam ao nível da família – como as diferentes mudanças da vida, nascimento de uma criança, divórcio, morte de um familiar, etc., -, e ao nível do trabalho – como as promoções e as transferências geográficas.

3.1.1.7. Modelo de stress das exigências e recursos no trabalho

Mais recentemente, Schaufeli e Bakker (2004) apresentam um modelo teórico que procura explicar o stress ocupacional em termos das exigências laborais e dos recursos disponíveis ao nível do trabalho, que designam por “Job demands-resources model” e, de um modo simplificado, por “JD-R”.

3.1.1.7.1. Exigências laborais. Referem-se às solicitações quotidianas do âmbito do trabalho que abrangem aspectos físicos, psíquicos, sociais e organizacionais, que requerem um esforço sustentado quer ao nível físico, quer ao nível psíquico – em termos cognitivos e emocionais -, e implicam também custos de natureza fisiológica e psicológica. As exigências do trabalho não são necessariamente negativas, muito embora se possam tornar stressores quando requerem um esforço acrescido para a consecução das tarefas laborais exigidas.

3.1.1.7.2. Recursos laborais. Remete para os recursos físicos, psíquicos, sociais e organizacionais, que são disponibilizados ao nível do trabalho com a intenção de reduzir as exigências laborais e os custos associados, e que contribuem quer para o cumprimento dos objectivos, quer para a estimulação do desenvolvimento e das aprendizagens. Muito embora os indivíduos procurem obter e manter os recursos que consideram necessários para levar a bom termo o seu trabalho, o stress também se pode manifestar quando por qualquer razão estes recursos se perderam, se tornaram inadequados para a satisfação das exigências, ou não permitem antecipar com rigor a consequência da acção empreendida, configurando-se assim um conjunto de circunstâncias que resulta numa associação das exigências laborais com a actuação de

respostas comportamentais negativas, como a ansiedade, a depressão ou o burnout (Hobfoll & Freedy, 1993).

Teoricamente, o modelo JD-R implica dois processos: um processo energético, em que o esforço e a exaustão decorrentes das exigências no trabalho consomem toda a reserva de energias do indivíduo; um processo motivacional, em que a falta de recursos resulta numa maior dificuldade em lidar com as exigências laborais, e, conseqüentemente, pode levar ao desenvolvimento de bloqueios mentais, bem como à quebra do compromisso para com a organização.

3.1.2. Consequências do stress ocupacional

Levi e Levi (2000), referem que o trabalho exerce uma influência determinante ao nível da saúde e ao nível da qualidade de vida das pessoas, seja positiva ou negativa, concepção que merece o apoio de Schwartzmann (2004), para quem o trabalho confere um sentido e um objectivo para a vida, quer ao estruturar o quotidiano das pessoas, quer ao proporcionar-lhes respeito, reconhecimento, suporte social e uma remuneração à medida das suas ambições.

Para Greenhaus e cols. (2000), um stress ocupacional continuado tem repercussões para a saúde física e psíquica do indivíduo, bem como para o grau de disfuncionalidade de uma organização, pelo que deveria ser observado com atenção por parte das diferentes organizações, públicas ou privadas.

Com base nos dados recolhidos pela Agência Europeia para a segurança e Saúde no Trabalho relativos ao ano de 2002, nomeadamente quanto ao stress laboral, Gil-Monte (2005) refere que nos quinze estados membros da União Europeia, cerca de um terço dos trabalhadores padece de stress no trabalho, e 19% dos problemas cardiovasculares devem-se também ao stress laboral. Para Gil-Monte e Peiró (1997), as conseqüências físicas do stress laboral podem-se observar nas dores de costas (10.2%); dores de cabeça (3.7%); alterações do sono (2.4%); alterações gastro-intestinais (2.3%); depressão (2%).

3.1.2.1. Consequências do stress ocupacional ao nível do indivíduo

Na perspectiva teórica de Edwards e cols. (1998) e Greenhaus e cols. (2000), a sintomatologia do stress negativo individual desenvolvida como resposta ao stress ocupacional, pode ser sistematizada em três categorias tal como se apresenta de seguida.

3.1.2.1.1. Sintomas psicológicos. Ansiedade, negativismo, irritabilidade, insatisfação, desconcentração, nervosismo ou insónia. Já Freudenberg (cit. por Gil-Monte, 2005), havia referido que os índices de stress que se encontram em determinadas profissões poderão estar relacionados com o desenvolvimento de estados demenciais. Gil-Monte (2005), refere ainda que apesar do consenso acerca do stress e da influência que este exerce no modo como as pessoas processam a informação e mais tarde a evocam, é da opinião que não se pode afirmar que o stress se repercute no desenvolvimento de transtornos cognitivos.

3.1.2.1.2. Sintomas fisiológicos. A curto prazo, observam-se alterações do ciclo respiratório, ritmo cardíaco e da resposta galvânica da pele, enquanto que a longo prazo ocorre uma fragilização do sistema imunitário, elevação da tensão arterial e do colesterol, ataque cardíaco, etc., sendo ainda de referir toda uma sintomatologia não específica referente a uma maior produção de adrenalina e ácidos gástricos. Também para Kiecolt-Glaser, McGuire, Robles e Glaser (2002), o stress e os aspectos sociais que caracterizam a vida de um indivíduo têm repercussões ao nível do sistema imunitário e da saúde, sobretudo no que respeita às infecções e à cicatrização das feridas. De salientar ainda o campo de conhecimento novo que se abre com os trabalhos de Goodkin e Visser (2000), que revelam que a reacção de um organismo perante uma situação de tensão desencadeia uma resposta psico-neuro-imuno-endocrinológica, que é mediada pela interacção de diferentes sistemas fisiológicos, nomeadamente o imunitário.

3.1.2.1.3. Sintomas comportamentais. Alteração dos hábitos quanto ao consumo de tabaco ou álcool, bulimia, absentismo e maior número de consultas médicas. De acordo com a pesquisa bibliográfica realizada por Gil-Monte (2005), 50% dos casos de absentismo estão mesmo relacionados com o stress.

3.1.2.2. Consequências do stress ocupacional ao nível da organização

O contexto organizacional caracteriza-se por um conjunto de exigências e stressores específicos que conduzem a uma resposta de stress positiva, construtiva e saudável, ou, pelo contrário, a uma resposta de stress negativa, destrutiva e com repercussões ao nível dos custos directos – absentismo, rotatividade, aconselhamento terapêutico adequado, saúde, prémios pecuniários -, e dos custos indirectos – interrupção do trabalho, greves, não cumprimento dos prazos estabelecidos, uso exagerado dos diferentes materiais, acidentes, redução do material em depósito, diminuição da qualidade e quantidade de trabalho produzido (Quick, Quick & Nelson, 1998).

É nesta perspectiva que Greenhaus e cols. (2000), referem que as organizações têm que aprender a gerir adequadamente os níveis de stress dos seus empregados, não só pelas suas consequências nefastas sobejamente documentadas, mas também porque um stress moderado tende a incrementar seja o desempenho, seja a saúde do indivíduo

Também para Gil-Monte (2005), o stress laboral é um dos factores que contribui para a deterioração da saúde psíquica de uma pessoa, pelo que quando as organizações adoptam uma política de prevenção ao nível da saúde mental, para além de diminuírem o desenvolvimento do stress e do burnout, contribuem também quer para o aumento da motivação, do bem-estar e da saúde laboral, quer para a diminuição do absentismo e incremento da eficácia e produtividade.

Uma vez que a qualidade de vida no trabalho está directamente relacionada com as condições de trabalho, humanização dos serviços, satisfação das necessidades individuais, etc., talvez mereça a pena repensar os postos de trabalho ao nível do seu desenho e organização, até como forma de prevenir alguns riscos laborais como o desenvolvimento de níveis de stress crónicos (Gil-Monte, 2005).

3.1.3. Distinção dos conceitos de stress ocupacional e de burnout

Em relação ao stress ocupacional e ao burnout, a par dos inúmeros estudos que têm vindo a ser realizados, têm também surgido algumas compilações por parte de alguns autores que merecem ser referidas. Assim, enquanto que Jaffe (1995) apresenta

uma análise das diferentes perspectivas adoptadas nos estudos sobre o stress, conferindo uma ênfase particular às investigações realizadas no contexto laboral, Cadiz, Juan, Rivero, Herce e Achucarro (1997), apresentam um conjunto de reflexões sobre o conceito de burnout, em que salientam quer a evolução dos diferentes estudos realizados, quer as formas de avaliação deste síndrome. Numa perspectiva mais abrangente é de referir ainda a extensa revisão e comparação dos diferentes modelos descritivos da etiologia, controlo e prevenção desta síndrome apresentada por Gil-Monte e Peiró (1997).

A continuidade do stress no trabalho configura um quadro clínico com características próprias (Maslach & Jackson, 1981; Cordes & Dougherty, 1993), que merece a designação de burnout e que interessa conhecer e distinguir, até porque os termos “burnout” e “stress” são muitas vezes utilizados como sinónimos (Farber, 1991; Nagy & Nagy, 1992).

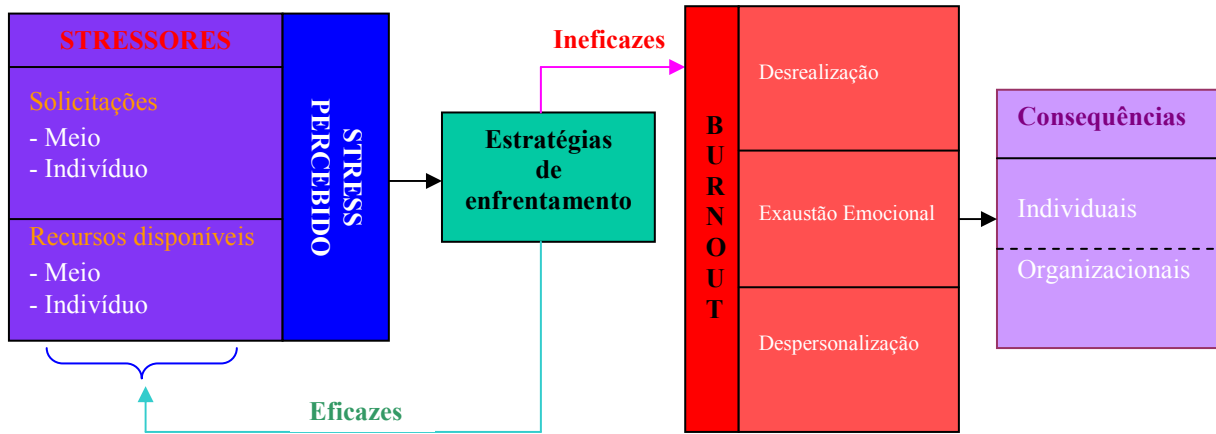
Starrin, Larsson e Styrborn (1990), afirmam que o stress pode ser individualmente experimentado de um modo positivo ou negativo, que na terminologia de Seyle (1976) merecem respectivamente a designação de eustress e distress, enquanto que o burnout é um fenómeno exclusivamente negativo, razão por que muitos dos estudos científicos desenvolvidos referem precisamente o burnout como a experiência de um stress negativo.

Para Byrne (1993), o burnout instala-se no decorrer do insucesso das sucessivas tentativas actuadas pelo sujeito para gerir o stress decorrente da precaridade das condições de trabalho. Também Gil-Monte e Peiró (1997), tal como se apresenta na figura 9, entendem o stress como um desequilíbrio resultante das diferentes solicitações do meio envolvente ou da própria pessoa, com a capacidade de resposta individual, que teria como consequência a instalação do burnout, pelo que este síndrome constitui uma variável intermediária entre o stress percebido e as consequências nocivas para a saúde do indivíduo desenvolvidas ao longo do tempo de exposição.

Tal como se pode observar na figura apresentada, quando uma situação é percebida como stressante, são actuadas estratégias de enfrentamento quer para adequar as respostas ao stress, quer para reduzir ou mesmo neutralizar os diferentes stressores, para que assim desapareçam as discrepâncias entre as solicitações e os recursos

disponíveis. Consequentemente, o burnout só ocorrerá se as estratégias de enfrentamento e gestão das diferentes situações stressantes com que o indivíduo se depara no seu quotidiano, se revelarem ineficazes.

Figura 9 – Modelo explicativo do burnout (adaptado de Gil-Monte e Peiró, 1997)



Também para Altun (2002), só quando as respostas activadas pelo indivíduo para fazer face aos stressores laborais, configuram um determinado padrão, é que é legítima a utilização do termo burnout, que assim não constitui um sintoma de stress no trabalho, antes reflecte a ineficácia pessoal ao nível da gestão do stress.

Os dois grandes stressores que podem resultar no desenvolvimento de uma resposta de burnout, são o contexto em que se desenvolve a actividade profissional e as diferentes condições laborais, sendo que estas condições de trabalho se estruturam ao nível dos antecedentes sociais, antecedentes associados às características físicas e tecnológicas da organização, antecedentes interpessoais e antecedentes individuais. Os antecedentes sociais têm a ver quer com as diferentes transformações dos mercados de trabalho e formas de trabalhar – que implicam um maior ritmo e envolvimento emocional -, quer com a transformação das culturas ocidentais em que, por um lado, os valores individualistas por que se regem os indivíduos se traduzem em comportamentos cada vez mais hedonistas e orientados para o bem-estar e aquilo que se considera como qualidade de vida, e, por outro lado, os direitos dos indivíduos consagrados nas constituições dos seus países se sobrepõem a qualquer outro tipo de obrigação para com os outros e para com as instituições (Gil-Monte, 2005).

Ou seja, em termos de síntese, pode afirmar-se que como reacção ao stress ocupacional ou laboral prolongado, surge o síndrome de burnout, associado à procura de um significado existencial para o trabalho, e, essencialmente caracterizado pelo envolvimento de atitudes e comportamentos negativos referentes à interacção estabelecida pelos diferentes profissionais com os seus clientes, com o trabalho e com a organização a que pertencem (Gil-Monte, 2005).

É pois no sentido de uma melhor compreensão do conceito de burnout, que se passa a abordar este síndrome seja no âmbito dos estudos realizados para a sua delimitação conceptual – em que se apresentam não só as abordagens clínica, sócio-psicológica, organizacional e cultural, como também um contributo para a sua abordagem heurística -, seja quanto à sua etiologia de acordo com as teorias sociocognitivas do eu - que integram os modelos de competência social de Harrison, do sentido do trabalho de Pines, de autoeficácia de Cherniss e de autoconsciência e autoconfiança de Thompson, Page e Cooper -, as teorias de troca social – de que se destaca particularmente o modelo de conservação de recursos de Hobfoll e Freedy -, e as teorias organizacionais de acordo com o modelo de Golembiewski e colaboradores e o modelo de Cordes e Dougherty. No decorrer destas diferentes considerações teóricas acerca do burnout, apresenta-se ainda a sua definição e distinção enquanto estado – passível de um diagnóstico clínico que interessa distinguir doutros constructos (atitudes, depressão, stress laboral, insatisfação no trabalho, sobrecarga laboral e *mobbing* – e enquanto processo funcional e consensualmente operacionalizado nas dimensões a que se referem a exaustão emocional, a realização pessoal e a despersonalização -, bem como ainda uma síntese das diferentes variáveis predictoras e consequentes do burnout abordadas aos níveis profissional e pessoal.

3.2. A síndrome de burnout

A síndrome de burnout constitui actualmente uma das grandes preocupações psicossociais ao nível não só da comunidade científica, como também das organizações e dos diferentes governos, essencialmente pela gravidade das suas consequências, tendo sido particularmente estudada pela cultura anglo-saxónica – veja-se a origem inglesa do termo burnout -, sobretudo pelos Estados Unidos, sendo que as investigações realizadas na restante Europa ainda se encontram num estado incipiente.

3.2.1. Estudo do burnout

Cherniss (1980), concebe o interesse em compreender o burnout de acordo quer com o facto de interferir no bem estar psicológico e na moral das pessoas, quer de afectar a qualidade dos cuidados prestados e o atendimento por parte dos profissionais, razões que exercem um enorme impacto em todas as funções de natureza administrativa, particularmente aquelas que pressuponham um contacto directo entre as pessoas, e tornam necessária a elaboração de programas preventivos a um nível comunitário.

Para Perlman e Hartman (1982), o interesse em torno do síndrome de burnout, deve-se basicamente a três factores: A melhoria da qualidade de vida e as consequentes alterações introduzidas pela OMS no âmbito da saúde; o maior nível de exigência da população em relação aos serviços de saúde, sociais, e de educação; e, por último, uma maior consciencialização para a necessidade de aprofundar os estudos científicos acerca da etiologia e prevenção dos sintomas do burnout.

De acordo com Gil-Monte e Peiró (1999), o interesse no estudo do burnout está associado, em primeiro, à necessidade de investigar o stress laboral, pois que as consequências ao nível da qualidade de vida dos indivíduos se reflecte em importantes repercussões organizacionais, tais como o absentismo, a rotatividade ou o *turnover*, a diminuição do desempenho, etc., e, em segundo, à proliferação de instituições prestadoras de serviços, públicas ou privadas, e à crescente necessidade de prestar um atendimento de qualidade ao cliente, pois que tal pode constituir um factor de sucesso.

Já para Gil-Monte (2005), o estudo do burnout tem a ver com razões tão díspares como a qualidade de vida no trabalho, ambiente sócio-cultural, cultura, aumento dos níveis de stress no trabalho, transformações ao nível da organização do trabalho – particularmente ao nível dos serviços –, alteração das características sócio-demográficas da população, legislação acerca da prevenção e dos riscos laborais, consideração do burnout como um acidente de trabalho, preocupação dos meios de comunicação e da comunidade científica acerca deste fenómeno, etc., pelo que é normal este síndrome ser alvo de distintas definições e enquadramentos teóricos, que muitas vezes divergem de acordo com a natureza e objectivos da disciplina que o aborda.

A proporção de referências bibliográficas à síndrome de burnout, apreendida na cronologia dos trabalhos de levantamento realizados por Roberts (1986), Kleiber e Enzman (1990), e sobretudo por Fayos, Teruel e Montalvo (1993) - num período compreendido entre 1974 e 1989, em que se referem para cima de 2500 estudos realizados -, permitem avançar com um número que actualmente rondará os 10 000 estudos conduzidos acerca deste síndrome, cuja definição não tem contudo sido consensual.

Numa contextualização da evolução dos estudos acerca do burnout nos últimos anos, Maslach, Schaufeli e Leiter (2001), embora reafirmem mais uma vez a sua natureza tridimensional, admitem a complexidade no estabelecimento conceptual desta síndrome, referindo mesmo algumas das teorizações que estão por detrás da construção de outros instrumentos de avaliação do burnout e que se afastam da sua consideração enquanto produto do stress ocupacional, para logo as refutarem.

3.2.1.1. Delimitação conceptual do burnout

O síndrome de burnout, nos seus aspectos conceptuais, deve ser compreendido no enquadramento da evolução de uma fase pioneira até aos dias de hoje, já que segundo Garden (1987) e Burke e Richardsen (1991), as diferentes definições que têm vindo a ser apresentadas, para além de não serem consensuais, têm-se revelado ambíguas, aspecto que talvez reflecta quer o padrão subtil e pessoal de sintomas, que varia de indivíduo para indivíduo (Smith, Watstein & Wuehler, 1986), quer os diferentes sintomas apontados consoante os autores que estudam o burnout (Grebert, 1992).

Para Gil-Monte (2005) é importante considerar também o reducionismo conceptual resultante da utilização preferencial do MBI para o estudo do burnout, que assim é discutido como produto da análise dos dados provenientes da aplicação do MBI, não sendo pois de estranhar um número de referências bibliográficas próximo de 6000.

Para uma compreensão mais alargada e flexível deste síndrome, apresenta-se seguidamente uma sistematização das diferentes abordagens empíricas desenvolvidas para uma melhor caracterização do burnout, que tem por único objectivo realçar as principais perspectivas por que pode ser considerado o burnout, sendo que muitos dos

modelos explicativos da etiologia deste síndrome preconizados pelos diferentes autores, integram e conciliam na mesma teorização mais do que uma destas abordagens.

3.2.1.1.1. Abordagem clínica

O termo burnout foi pela primeira vez utilizado em 1960 por Greene (cit. por Walker, 1986), para descrever uma doença incurável caracterizada por uma espécie de vazio existencial, sendo utilizado também na década de sessenta para descrever os efeitos crónicos provocados pelo consumo de droga (Starrin & cols., 1990; Söderfeldt, Söderfeldt & Warg, 1995).

Contudo, o desenvolvimento científico do burnout deve-se particularmente aos trabalhos do psiquiatra Herbert Freudenberger (1974, 1975), que para Corcovan (1985) têm início em 1971 e se orientaram desde logo para a compreensão da etiologia, sintomatologia, evolução clínica e tratamento deste síndrome.

Os estudos de Freudenberger (1974), tiveram por base o trabalho que desenvolvia com toxicodependentes, que o levaram a inferir que o fenómeno psicológico caracterizado pelo sentimento de fracasso e exaustão era provocado pelo desgaste excessivo de energia e recursos pessoais, pelo que esta síndrome seria uma consequência de quem trabalhava com os outros.

Segundo Freudenberger (1974), o síndrome de burnout trata-se sobretudo de um fracasso adaptativo que se reflecte na frustração e estado de fadiga individual, de quem esgotou os recursos psicológicos numa forma de vida, em que o desequilíbrio resultante das excessivas solicitações e exigências profissionais determina um esforço crónico agravado ainda pela insuficiência de reforços gratificantes.

Para este autor, a procura de um sentido existencial - típico de algumas pessoas demasiado idealistas, optimistas e mesmo ingénuas -, através de uma entrega e dedicação excessivas ao trabalho, para assim conseguirem uma opinião favorável acerca de si próprias, se por um lado se reflecte numa motivação e compromisso profissional elevados, por outro lado, no caso da perda ulterior destes ideais, resulta na perturbação do rendimento profissional, na quebra da auto-estima e mesmo no alheamento relacional.

Numa perspectiva complementar a Freudenberger (1974), enquadram-se também quer a consideração do burnout como um estado resultante de uma perturbação ou falha narcísica e consequente fragilização da auto-estima dos indivíduos (Fischer, 1988), quer a compreensão deste síndrome como uma resposta que surge primeiramente em consequência de um stress prolongado e, secundamente no decurso de uma depressão, pelo interessa distinguir muito bem estes três conceitos (Martin, 1982).

Freudenberger (1974), Oswin (1978), Maher (1983) e Firth, McIntee, McKeown e Britton (1986) consideram também que a depressão é um dos sintomas que mais caracteriza o burnout. Já Elliot e Smith (1984), preconizam que o burnout depende da susceptibilidade individual, pelo que a sua incidência estaria associada a traços de personalidade.

Segundo Grantham (1985), a identificação dos factores stressantes do burnout - enquanto síndrome de adaptação com características muito próprias -, é complicada, pois que muitas vezes estes estão associados a problemas de personalidade, depressão e ansiedade, pelo que para o correcto diagnóstico deste síndrome se torna importante eliminar qualquer razão biológica ou a existência de outro quadro psicopatológico.

3.2.1.1.2. Abordagem sócio-psicológica

A conceptualização do síndrome de burnout proposta em 1974 por Freudenberger, foi posteriormente adoptada por Cristina Maslach (1976), no âmbito do estudo das respostas emocionais dos profissionais que tinham a responsabilidade de ajudar os outros, enquanto processo caracterizado pela perda de criatividade e pela instalação do tédio e do aborrecimento, sendo então rapidamente reconhecido como um importante problema individual e social, particularmente relacionado com o stress profissional prolongado ou crónico.

Pines, Aronson e Kafry (1981), por forma a distinguirem dois estados psicológicos de pressão diferente, propõem a designação de burnout para a resposta a uma pressão emocional, e o uso do termo tédio para a resposta a uma pressão crónica não só ao nível emocional, mas também aos níveis mental e físico. O tédio teria por base uma atitude negativa face a si próprio, ao meio envolvente e à vida, e caracterizar-se-ia por sentimentos depressivos, de vazio emocional e esgotamento físico, que se

instalariam quer após um processo lento e gradual de desgaste diário, quer depois de um qualquer acontecimento traumático abrupto (Pines & Kafry, 1978).

Muito embora a concepção de Pines e cols. (1981), extrapolasse a delimitação do burnout ao contexto organizacional e possibilitasse considerar a emergência deste síndrome perante uma situação ou processo suficientemente aversivos para o indivíduo, constituindo assim uma definição mais abrangente deste constructo, esta distinção não reuniu consenso na comunidade científica, antes foi criticada por muitos autores, tais como Burke e Richardsen (1991).

Contudo, é de referir ainda a distinção que Greenglass, Burke e Ondrack (1990) fazem entre o que designam por stress vital – que se refere a uma acumulação de stress em contextos importantes para o indivíduo, que não têm necessariamente a ver com o trabalho -, e o stress laboral, este sim decorrente dos acontecimentos e características do trabalho e desencadeador do burnout.

Emener, Luck e Gohs (1982), por sua vez, reforçam o aspecto psicológico do burnout ao descrevê-lo como um estado de natureza mental e física que se instala em consequência da fragilização decorrente da exposição prolongada a sentimentos negativos relacionados com o trabalho e com o valor e a importância de que este se reveste para a pessoa.

Esta linha de pensamento é complementada por Farber (1984), para quem o burnout constitui um conjunto de manifestações comportamentais de exaustão emocional e física que surgem no decorrer de situações stressantes e pela actuação de estratégias de enfrentamento não eficazes, e por Shirom (1989), ao referir que as estratégias de enfrentamento são determinantes na compreensão do burnout, uma vez que é o decréscimo dos recursos pessoais e a consequente disfunção dos esforços de enfrentamento que conduz ao incremento do burnout.

Para Cristina Maslach (1976), este síndrome é essencialmente característico das profissões de ajuda, tal como os profissionais de saúde e os professores, resultando da inadequação das exigências de natureza emocional impostas pelo próprio ou pelo exterior, e na consequente mobilização inicial aos níveis da motivação e dedicação que, perante a impossibilidade de serem satisfeitas, culminam na vivência de um fracasso

pessoal e na posterior perda de interesse pelas pessoas com quem trabalham e na estranheza destas, dos seus colegas de trabalho e mesmo da instituição.

O burnout pode então ser considerado como uma crise do indivíduo com o seu trabalho e não necessariamente como uma crise no relacionamento com as pessoas com quem se trabalha (Maslach & Jackson, 1984), pelo que se afirma que “não é um problema do indivíduo, mas do ambiente social no qual o indivíduo trabalha” (Maslach & Leiter, 1997, pag. 18), ou seja, é uma experiência que ocorre dentro de um complexo contexto de relações sociais que interessa compreender (Maslach & Goldberg, 1998).

Esta síndrome surge sempre que a vertente humana não é contemplada no contexto laboral, constituindo uma forma de stress no trabalho que tende a ocorrer entre profissionais que lidam com qualquer tipo de cuidado, em particular nas profissões que envolvem serviços, tratamento ou educação (Maslach & Leiter, 1997 / 1999).

Estes autores procuram também sistematizar um conjunto de factores a serem examinados aquando da análise do burnout numa organização, como o excesso de trabalho - em termos quantitativos ou qualitativos pela sobrecarga ou diversidade de tarefas inerentes a uma função -, a falta de controlo sobre os diferentes processos funcionais, a insuficiência da remuneração recebida, a alteração do compromisso para com a instituição, a ausência de justiça ou equidade, e a coexistência de valores conflitantes, em que é importante averiguar não apenas o grau de concordância dos valores individuais com os valores da organização, mas também a consonância da teoria com a prática axiológica da organização.

Já Maslach e cols. (2001), consideram o burnout como uma experiência individual que se manifesta no contexto de trabalho e se correlaciona de um modo consistente seja com factores situacionais – em que se integram as características laborais, ocupacionais e organizacionais -, seja com factores individuais – que se referem às características demográficas, personalísticas e às atitudes evidenciadas no trabalho.

Mais recentemente, Gil-Monte (2005) conceptualiza o burnout como uma experiência subjectiva que, por um lado, integra cognições, emoções e atitudes negativas quer para com o trabalho, quer para com as pessoas com que o indivíduo se

relaciona no contexto laboral (colegas ou utentes), quer ainda para com a própria função desempenhada, e, por outro lado, se desenvolve de um modo progressivo na proporção da ineficácia das estratégias de coping actuadas pelo indivíduo para se proteger do stress laboral decorrente das relações que estabelece com os clientes e com a própria organização.

Esta teorização sócio-psicológica, possibilita a compreensão dinâmica do desenvolvimento e das manifestações sintomáticas diferenciadas que configuram o burnout enquanto síndrome que, por um lado, pode reverter na proporção e adequação das estratégias de enfrentamento activadas pelo indivíduo ao nível da gestão daquelas situações de stress laboral crónico, e, por outro lado, pode evoluir para uma situação de irreversibilidade conducente ao abandono da organização e mesmo da profissão, pelo que aqui se impõe a intervenção de um profissional especializado (Gil-Monte, 2005).

3.2.1.1.3. Abordagem organizacional

A abordagem organizacional resulta da ampliação do modelo sócio-psicológico, sendo essencialmente protagonizada por Cherniss (1980), que preconiza o desenvolvimento contínuo do burnout enquanto processo caracterizado pela mudança comportamental operada no sentido negativo como resposta ao stress laboral e mediado pelas características individuais. Este autor defende que as dimensões enunciadas por Maslach (1976/1978) na caracterização do síndrome, representam três mecanismos de enfrentamento actuados pelas pessoas contra o stress, a frustração e o trabalho monótono.

Segundo Cherniss (1980), o burnout constitui um processo transaccional que implica, primeiro, um sentimento de stress resultante do desequilíbrio sentido entre as exigências do trabalho e os recursos individuais, segundo, o desenvolvimento de um estado de tensão como resposta emocional activada para superar o desequilíbrio anterior, caracterizado por ansiedade, fadiga e esgotamento, e, terceiro, a activação de uma resposta defensiva em que as atitudes e comportamentos do sujeito se alteram.

Ou seja, inicialmente começa-se por sentir um desequilíbrio entre as diversas solicitações e exigências e os recursos pessoais disponíveis, o que origina uma situação de stress psicosocial que, numa segunda fase, conduz a um estado de tensão

psicofisiológica, a que se sucede, numa terceira fase, uma série de mudanças nas atitudes e comportamentos dos profissionais, que se reflectem na concentração das próprias necessidades e no tratamento distanciado e mecânico das outras pessoas como forma de evitar qualquer fonte de stress.

Também Walker (1986), Hiscott e Connop (1990), concebem o burnout como consequência directa de uma exposição prolongada a situações de stress laboral excessivo, que para Oliver, Pastor, Aragonese e Moreno (1990), Ganster e Schanbroeck (1991), e Izquierdo (1991), tipificam principalmente os serviços humanos, em que os profissionais estabelecem uma relação interpessoal próxima com os beneficiários do serviço que prestam.

Na linha de pensamento de Cherniss (1980), inserem-se também os estudos de Edelwich e Brodsky (1980), para quem o burnout está associado a um decréscimo gradual do idealismo, energia e motivação, como consequência das condições de trabalho dos profissionais relacionados com a relação de ajuda.

Edelwich e Brodsky (1980), estruturam a evolução do processo de burnout em quatro fases: (1) Entusiasmo, essencialmente caracterizado por aspirações elevadas, grandes níveis de energia e maior propensão para o risco; (2) Estagnação, pela não satisfação das expectativas iniciais; (3) Frustração, acompanhada por problemas emocionais, físicos e comportamentais, sendo esta a fase mais correlacionada com o burnout; (4) Apatia, desenvolvida como mecanismo defensivo face ao sentimento de frustração continuado.

Para Leiter (1991b), o burnout representa um aspecto funcional do padrão de respostas de enfrentamento mediadas pelas atribuições causais respeitantes ao trabalho e às aspirações de progressão na carreira, que é actuado pelo indivíduo perante os diferentes condicionalismos e exigências organizacionais.

De acordo com alguns autores, o burnout pode ter mesmo um efeito contagiante entre os trabalhadores da mesma organização (Seidman & Zarger, 1986, 1991), propagando-se mais rapidamente quando presente nos gestores e directores pela insensibilidade demonstrada na resolução dos assuntos quotidianos (Smith, Bybee &

Raish, 1988), pelo que se pode mesmo manifestar de uma forma massiva e colectiva em toda a organização (Olabarria, 1995).

Gil-Monte e Peiró (1997), sublinham ainda a relação deste síndrome com as características da cultura e clima organizacionais, e ainda com as características individuais das diferentes pessoas no desempenho de diferentes funções.

3.2.1.1.4. Abordagem cultural

Num enquadramento sócio-histórico, Cherniss (1980) considera que o incremento dos índices de burnout nas sociedades actuais, remete para uma ruptura gradual da coesão comunitária de outrora, com consequências ao nível da confiança e do apoio sentidos, o que faz com que o indivíduo procure colmatar estas necessidades por um forte investimento profissional.

Sarason, Levine, Basham e Sarason (1983), perspectivam o burnout numa dimensão cultural ao enfatizar o impacto da sociedade na sua determinação, referindo que mais do que os aspectos individuais ou organizacionais, é o modelo de valores actuado ao nível da sociedade que tem a responsabilidade do desenvolvimento desta síndrome.

Nesta concepção, o burnout afecta então de forma individual toda uma sociedade abstracta, pelo que interessa compreender que papéis têm a sociedade e as diferentes condições sociais na sua manifestação, de que todos em maior ou menor grau têm consciência (Starrin & cols., 1990). De acordo com Grebert (1992), é precisamente esta construção cultural que permite alguns profissionais manifestarem os seus sofrimentos e dificuldades.

Para Farber (1991) e Byrne (1999), a alteração dos valores colectivistas que outrora tipificavam as sociedades, para valores de índole individualista, vem fragilizar o compromisso das pessoas para com as instituições em que trabalhavam, o que é particularmente gravoso nas profissões de ajuda.

É nesta perspectiva teórica que se inserem Pines e Guendelman (1995), para quem os índices de burnout dependem também da cultura a que pertence um indivíduo,

que representa assim uma função mediadora, pois que é com base nos aspectos culturais de uma sociedade que se alicerçam a percepção individual de eficácia laboral, a compreensão das relações sociais, e ainda a procura e aceitação das diferentes formas de apoio possíveis.

3.2.1.1.5. Contributo para uma abordagem heurística do burnout

Tal como referem Maslach e Jackson (1984), nem todas as variáveis correlacionadas com o burnout têm o mesmo valor preditivo. De entre as diferentes variáveis estudadas, as que remetem para os contextos organizacionais e personalísticos, são as que têm merecido uma maior atenção por parte dos investigadores (Maslach, 1978; Kremer & Hofman, 1985; LeCroy & Rank, 1986; Brissie, Hooverdempsey, e Bassler, 1988; Smith & cols., 1988, Garden, 1989; Friedman, 1991; Huebner, 1993; Moreno & Olivier, 1993), pelo que é lícito procurar uma nova abordagem integradora destas diferentes teorizações (Piedmont, 1993), por forma a abranger os principais contextos por detrás deste síndrome, tal como já havia referido Helliwell (1981), para quem a génese do burnout dependia quer da susceptibilidade individual, quer da sobrecarga laboral ou da ocorrência de uma qualquer crise vital no decurso da vida do indivíduo.

De modo a explicar o desenvolvimento deste síndrome, Gil-Monte e Peiró (1997) sugerem um modelo explicativo que, por um lado, procura integrar as variáveis das diferentes teorias sociocognitivas, organizacionais e de troca social, e que, por outro lado, apresenta uma classificação bipolar dos diversos factores, designando determinados aspectos essencialmente de natureza pessoal de *facilitadores* – pois que podem contribuir para o reforço ou inibição da acção dos stressores sobre o indivíduo -, e os stressores percebidos como crónicos no ambiente de trabalho, de *desencadeadores*, tal como se pode observar na tabela 5.

Esta consideração bipolar do burnout, é também evidenciada por Codo e Vasques-Menezes (1999), pois que na procura de uma solução de compromisso entre os custos individuais do burnout e as taxas de desemprego cada vez maiores, o trabalhador opta por não se comprometer e implicar tanto no seu trabalho e em tudo com que este se relacione, como se deste se demitisse psiquicamente.

Tabela 5 - Desencadeadores e facilitadores do burnout (adaptado de Gil-Monte e Peiró, 1997)

Desencadeadores (stressores laborais crónicos)	Facilitadores (variáveis de carácter pessoal)
1. Ambiente físico e conteúdos do posto de trabalho Iluminação, ruído e vibrações Trabalho por turnos do conforto físico Percepção de riscos e perigos de sobrecarga de previsibilidade e controlo das tarefas	1. Variáveis demográficas Maior despersonalização no sexo masculino Variações inconsistentes por sexo Maior incidência em jovens Menor prevalência entre casados Maior elevação em pessoas sem filhos 2. Variáveis de personalidade Maior em pessoas empáticas, sensíveis e idealistas Locus de controle externo Sentimentos de auto-eficácia Centralidade do trabalho 3. Estratégias de enfrentamento utilizadas 4. Apoio social
2. Profissionais Desempenho de papéis Relações interpessoais Progressão na carreira	
3. Organizacionais Adopção de novas tecnologias Estrutura organizacional Participação nos processos de tomada de decisão	

Para Gil-Monte e Peiró (1997), o burnout deve ser compreendido numa perspectiva transaccional integradora de variáveis de natureza pessoal (níveis de auto-consciência, sentimentos de competência e de autoeficiência, realização no trabalho), social (interacção social, percepção de justiça e equitatividade) e organizacional (estrutura e clima laborais). Assim, as consequências do burnout ao nível pessoal – como a fragilização do sistema imunitário -, e ao nível organizacional – tal como a propensão para o abandono ou o absentismo -, por um lado, reflectem níveis deste síndrome que dependem de mecanismos orientados para comportamentos quer de evitação, quer de enfrentamento centrados nas tarefas, e, por outro lado, devem-se a todo um conjunto de aspectos complexos como a autoconfiança, apoio social no trabalho, conflito ou ambiguidade de papéis, etc.

3.2.2. Etiologia do burnout

A qualidade das relações interpessoais no trabalho, o modo como a supervisão é exercida, e a existência ou não de oportunidades de formação, desenvolvimento e progressão na carreira, determinam um conjunto de condições de trabalho objectivas que, por um lado, poderão facilitar a consecução dos objectivos impostos e a realização das expectativas pessoais, e, por outro lado, poderão resultar no predomínio de características negativas em que o local de trabalho é vivenciado como frustrante (Pines & Aronson, 1988). Ou seja, o burnout manifesta-se de um modo único, em consonância com a especificidade de cada pessoa (Maslach & Leiter, 1997).

Também para Maslach e Leiter (1999), os factores a considerar nesta etiologia estão sempre associados aos processos e estrutura das organizações, tais como a sua missão, o estabelecimento dos objectivos a atingir, o estilo de supervisão, os diferentes processos de comunicação formal e informal, a avaliação de desempenho, as políticas de saúde e de higiene e segurança no trabalho.

De acordo com Gil-Monte (2005), o burnout tem na sua etiologia as formações sociais representadas pelo contexto laboral e as condições de trabalho, e constitui uma resposta ao stress laboral crónico que caracteriza aqueles profissionais que no exercício da sua actividade estabelecem um contacto directo com as pessoas, de que advêm grandes tensões emocionais e cognitivas que configuram as condições para a instalação de um padrão de respostas sintomáticas e típicas de quem padece de burnout. Ou seja, o burnout tem origem no contexto laboral e não no trabalhador, pelo que toda a prevenção e intervenção possíveis, devem procurar identificar aquelas variáveis do trabalho passíveis de serem alteradas, por forma a minimizar o impacto do desenvolvimento desta patologia.

A complexidade do processo etiológico da síndrome de burnout tem originado inúmeros estudos acerca das suas possíveis causas, que são esquematizados por Gil-Monte e Peiró (1997) em três categorias distintas a que correspondem diferentes formulações teóricas, nomeadamente as teorias sociocognitivas do eu, as teorias de troca social e as teorias organizacionais.

3.2.2.1. Teorias sociocognitivas do eu

Baseiam-se nos trabalhos desenvolvidos por Bandura (1977 / 1986), acerca da percepção da auto-eficácia na determinação do comportamento individual, enquanto processo de aprendizagem social assente, por um lado, nas expectativas referentes ao grau de contingência dos resultados em relação ao esforço desenvolvido para os alcançar, e, por outro lado, no nível de competência percebido para a realização eficaz das tarefas e consecução de determinados objectivos.

Gil-Monte e Peiró (1999), referem a percepção de autoeficácia como a variável determinante do desenvolvimento do burnout encontrada nos modelos de Harrison (1983), Cherniss (1993) e Pines (1993), e a influência da auto-confiança profissional na

realização pessoal no trabalho, como a variável integrada no modelo de Thompson, Page e Cooper (1993), para explicar a evolução deste síndrome.

As teorias sociocognitivas ressaltam a consideração do facto das cognições de um indivíduo condicionarem aquilo que percebe e faz, no que se refere quer à compreensão da competência e eficácia, quer à dissonância percebida entre as exigências de uma dada tarefa e os recursos individuais possíveis para a sua satisfação, quer às expectativas de êxito e ao sentimento de auto-confiança. Ou seja, o grau de segurança experimentado pelo sujeito em relação às suas próprias capacidades, tem um efeito determinante no modo como este se mobiliza para a consecução dos seus objectivos e nas emoções que acompanham a sua actuação.

3.2.2.1.1. Modelo de competência social de Harrison

Harrison (1983), desenvolve um modelo teórico particularmente orientado para a explicação do burnout naqueles indivíduos que criaram expectativas demasiado elevadas no contexto laboral, com base nos sentimentos de competência e de eficácia percebida. Quanto mais motivado esteja um indivíduo, maior tenderá a ser a sua eficácia, pois que todo o comportamento se regula de acordo com a satisfação dos objectivos da organização. Contudo, esta actividade do sujeito pode encontrar no meio envolvente, quer um conjunto de factores facilitadores e de ajuda que resultem no incremento dos sentimentos de competência social, quer todo um conjunto de circunstâncias que dificultem a concretização das suas intenções.

3.2.2.1.2. Modelo do sentido do trabalho de Pines

Um pouco na linha de pensamento de Harrison (1983), foi desenvolvido um modelo teórico por Pines (1983), que para além da motivação para o trabalho, inclui também o grau de identificação que o indivíduo pode estabelecer com este, aspectos que o levariam a procurar um sentido existencial para o trabalho. Para este autor, o burnout tipifica aqueles indivíduos altamente motivados e identificados com o seu trabalho, particularmente quando fracassam nos objectivos que se propuseram, nas expectativas que desenvolveram, e no sentimento de não terem uma contribuição significativa na vida.

3.2.2.1.3. Modelo de autoeficácia de Cherniss

Para Cherniss (1980), as estratégias de enfrentamento e gestão do stress actuadas pelo indivíduo no decorrer das interacções que vai estabelecendo com o meio laboral, traduzem uma mudança de atitudes - ao nível das metas laborais, grau de responsabilidade pessoal na concretização dos objectivos no trabalho, idealismo *versus* realismo face ao trabalho, expectativas e interesses pessoais, grau de alienação e afastamento do trabalho ou indiferença afectiva -, de que depende o desenvolvimento do processo de burnout.

O modelo de autoeficácia de Cherniss (1993), baseia-se nos pressupostos teóricos de Hall (1976) para procurar explicar quer as relações que existem entre o desempenho e a percepção de auto-eficácia, quer as consequências que daí advêm para a autoestima, a motivação, a satisfação e a implicação no trabalho. Nesta perspectiva, os sentimentos de satisfação e motivação para o trabalho, por um lado, tendem a elevar-se tanto mais quanto maior a percepção subjectiva de sucesso, e, por outro lado, resultam numa maior implicação e compromisso para com o trabalho, numa maior concretização dos objectivos, e ainda num reforço da autoestima. Quando o indivíduo experimenta sentimentos de fracasso, tende a menosprezar o valor intrínseco do trabalho e das recompensas inerentes à sua realização, a desinteressar-se e a alhear-se emocionalmente, razões por que se pode estabelecer uma relação causal entre a percepção de ineficácia pessoal e o síndrome de burnout.

3.2.2.1.4. Modelo de autoconsciência e autoconfiança de Thompson, Page e Cooper

O modelo de Thompson e cols. (1993), baseia-se na formulação teórica de autocontrolo de Carver e Scheier (1988) para compreender o stress, e procura explicar a etiologia do burnout a partir de quatro variáveis: (1) nível de autoconsciência, que tem a ver com a capacidade de identificar e regular os níveis de stress percebido durante a realização do trabalho, em que os valores de autoconsciência elevados, por um lado, traduzem-se numa maior propensão para o stress, desilusão, frustração ou sentimento de perda, e, por outro lado, quando associados a uma atitude de pessimismo, reflectem-se num afastamento mental ou comportamental, que se pode evidenciar nos sentimentos de exaustão emocional e de despersonalização; (2) grau de divergência entre as exigências

das tarefas e os recursos ao dispôr do indivíduo, que pode afectar de um modo negativo o seu estado anímico, seja fragilizando a autoconfiança percebida e útil para a resolução destas discrepâncias, seja pelo consequente reforço do sentimento de desrealização que constitui, pelo que quanto mais elevada fôr esta divergência maior será a probabilidade de se vir a padecer de burnout; (3) expectativas de sucesso, que quando optimistas resultam num reforço positivo da autoconfiança e num incremento da persistência; (4) sentimentos de autoconfiança, que dependem de todas as variáveis anteriores e que quanto maiores forem menor será a tendência para o burnout.

3.2.2.2. Teorias de troca social

Os modelos que derivam das teorias de troca social, explicam a etiologia do burnout quer à luz dos aspectos perceptivos implicados na comparação do sucesso, quer do sentimento de equidade, quer ainda da procura de apoio social, sobretudo quando se acredita que este pedido constitui um indicador de fragilidade ou incompetência.

Quando os indivíduos compreendem que por mais que se impliquem pessoalmente e contribuam com o seu esforço para o crescimento da organização, aquilo que dela recebem é sistematicamente menos do que representa todo o seu empenho, tendem a desenvolver sentimentos de burnout. É nesta perspectiva que se enquadram quer a teoria de equidade – de que constitui exemplo o modelo de comparação social de Buunk e Schaufeli (1993) -, quer a teoria de conservação de recursos, a que se refere o modelo de Hobfoll e Freedy (1993).

É pois natural que os profissionais de saúde sejam referidos como um grupo de risco, uma vez que estabelecem relações de ajuda, apreço e reconhecimento, não só com os seus clientes, mas também com os seus colegas, chefes e com a própria organização, pelo que tendem a desenvolver expectativas de equidade e ganhos pessoais em relação a esta troca social que realizam continuamente no exercício das suas funções (Gil-Monte e Peiró, 1999).

3.2.2.2.1. Modelo de conservação de recursos de Hobfoll e Freedy

Na perspectiva teórica apresentada por Hobfoll e Freedy (1993), a tendência para o burnout tem essencialmente a ver com os stressores laborais que configuram a

perda dos recursos individuais existentes – em que o sujeito desenvolve o sentimento de insegurança acerca das suas capacidades -, estando ainda relacionada, embora em menor grau, quer com a percepção de ganho ou perda decorrente das diferentes relações interpessoais estabelecidas, quer com as estratégias de enfrentamento actuadas. É um modelo de cariz motivacional que procura compreender o stress como consequência da ameaça ou frustração dos aspectos que motivam o indivíduo, e requer o uso de estratégias adicionais orientadas para o incremento dos recursos existentes por forma a diminuir o burnout. A prevenção do burnout passa pela identificação daqueles recursos que podem ser actuados para o desempenho eficaz da função, e por uma mudança das percepções e cognições do indivíduo.

3.2.2.3. Teorias organizacionais

As teorias organizacionais destacam particularmente os stressores referentes ao contexto da organização e às estratégias de enfrentamento ou gestão, actuadas por cada indivíduo quando experimenta o processo de burnout enquanto resposta ao stress laboral.

As variáveis antecedentes ou preditoras deste síndrome, integrariam então os factores associados à estrutura organizacional, à cultura e clima institucionais, à não congruência do cargo e do papel, à percepção de apoio social, à saúde organizacional e à gestão do stress, através da manifestação de respostas negativas ou de evitamento de potenciais stressores.

No âmbito das teorias organizacionais, Gil-Monte e Peiró (1999) referem os modelos desenvolvidos seja por Golembiewski, Munzenrider e Carter (1983), em que se enfatizam as disfunções das tarefas que tipificam o exercício profissional, sobretudo o contributo da sobrecarga laboral e da pobreza da função para o desenvolvimento deste síndrome, seja por Cox, Kuk e Leiter (1993), em que se evidencia a importância da saúde da organização na determinação do burnout, seja por Winnubst (1993), em que se observam a estrutura, a cultura e o clima organizacionais como aspectos determinantes deste processo.

3.2.2.3.1. Modelo de Golembiewski e colaboradores

Partindo da formulação inicial de que a compreensão do burnout passa pelo estudo das cognições do indivíduo face a situações aversivas e percebidas como stressantes, Golembiewski (1979) começa por preconizar um modelo teórico sustentado na concepção tripartida do burnout reproduzida pelo Maslach Burnout Inventory (Maslach & Jackson, 1981), que vai completando e aperfeiçoando ao longo dos anos com os seus colaboradores (Golembiewski & cols., 1983; Golembiewski & Munzenrider, 1984a e 1984b; Golembiewski, Munzenrider & Stevenson, 1986; Golembiewski & Munzenrider, 1988; Golembiewski, Boudreau, Goto & Murati, 1993).

Para estes autores, o burnout surge como uma resposta ao stress laboral, devendo ser compreendido como um processo que culmina na diminuição da satisfação, da implicação no trabalho e da produtividade, que se desenvolve em duas fases: a primeira, resultante de uma sobrecarga laboral e de um papel pouco diversificado e estimulante que, por um lado se traduz na perda da autonomia e controlo exercidos pelo indivíduo, e, por outro lado, resulta na fragilização da autoimagem e no desenvolvimento de sentimentos de cansaço e irritabilidade; a segunda, caracterizada pela actuação de estratégias de enfrentamento observadas no distanciamento profissional procurado face aos stressores, sendo que este afastamento tanto pode ter um papel construtivo, em que o indivíduo deixa de se implicar no problema, como um papel contraprodutivo, em que o indivíduo começa por procurar dar continuidade à sua actividade para depois, e como consequência da persistência das condições stressoras, manifestar respectivamente atitudes de despersonalização, baixa realização pessoal, e a longo prazo de exaustão emocional.

Este modelo é operacionalizado na dicotomização das pontuações obtidas no MBI em altas (A) e baixas (B), de que resultam oito configurações possíveis conforme se pode observar na tabela 6, que procuram reproduzir a evolução do síndrome, passando o burnout a considerar-se como leve (I, II, III), médio (IV e V) e elevado (VI, VII e VIII).

Para estes autores, o burnout pode desenvolver-se ainda de um modo crónico (fases I, II, IV e VIII) ou insidioso (fases I, V e VIII), pelo que se torna possível prever o seu desenvolvimento e adequar também as melhores estratégias de intervenção.

Tabela 6 - Fases e pontuações do burnout nas subescalas do MBI (Adaptado de Golembiewski e Munzenrider, 1984a)

SUBESCALAS do MBI	I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII
Despersonalização	B	A	B	A	B	A	B	A
Desrealização	B	B	A	A	B	B	A	A
Exaustão emocional	B	B	B	B	A	A	A	A

3.2.2.3.2. Modelo dos processos de burnout de Leiter

Leiter (1988a e b, 1989a e b, 19991a e b, 1992) e os seus colaboradores (Leiter & Maslach, 1988; Leiter, Clark & Durup, 1994), desenvolvem também um modelo teórico tendo por base a concepção tridimensional do burnout evidenciada no MBI, considerando à partida que os diferentes factores do burnout contribuem para a sua evolução, e que cada um destes factores se relaciona de um modo distinto com as condições ambientais, e com as diferentes características individuais. Para Leiter (1989a), existe mesmo uma compatibilidade do modelo que preconiza com a teorização de Lazarus e Folkman (1984) acerca das estratégias de enfrentamento.

Para o autor, este síndrome evidencia-se primeiro numa maior exaustão emocional - sendo esta a dimensão crucial para a sua compreensão, até pela identificação que o próprio indivíduo estabelece com o padecimento de burnout -, manifestando-se depois gradualmente no sentimento de uma menor realização pessoal, e, por último, no desenvolvimento de sentimentos de despersonalização.

Cada uma das dimensões desta concepção tripartida do burnout, relaciona-se de um modo dinâmico com os diferentes elementos que configuram a cultura de uma organização: Competência pessoal e profissional orientada seja para a formação e desenvolvimento contínuo das qualificações e habilidades necessárias para a melhor consecução das tarefas, seja para a actuação de estratégias de confronto efectivas; autonomia e participação nos processos de tomada de decisão; apoio organizacional aos níveis dos supervisores e colegas de trabalho; cooperação e compromisso para com o cliente da organização.

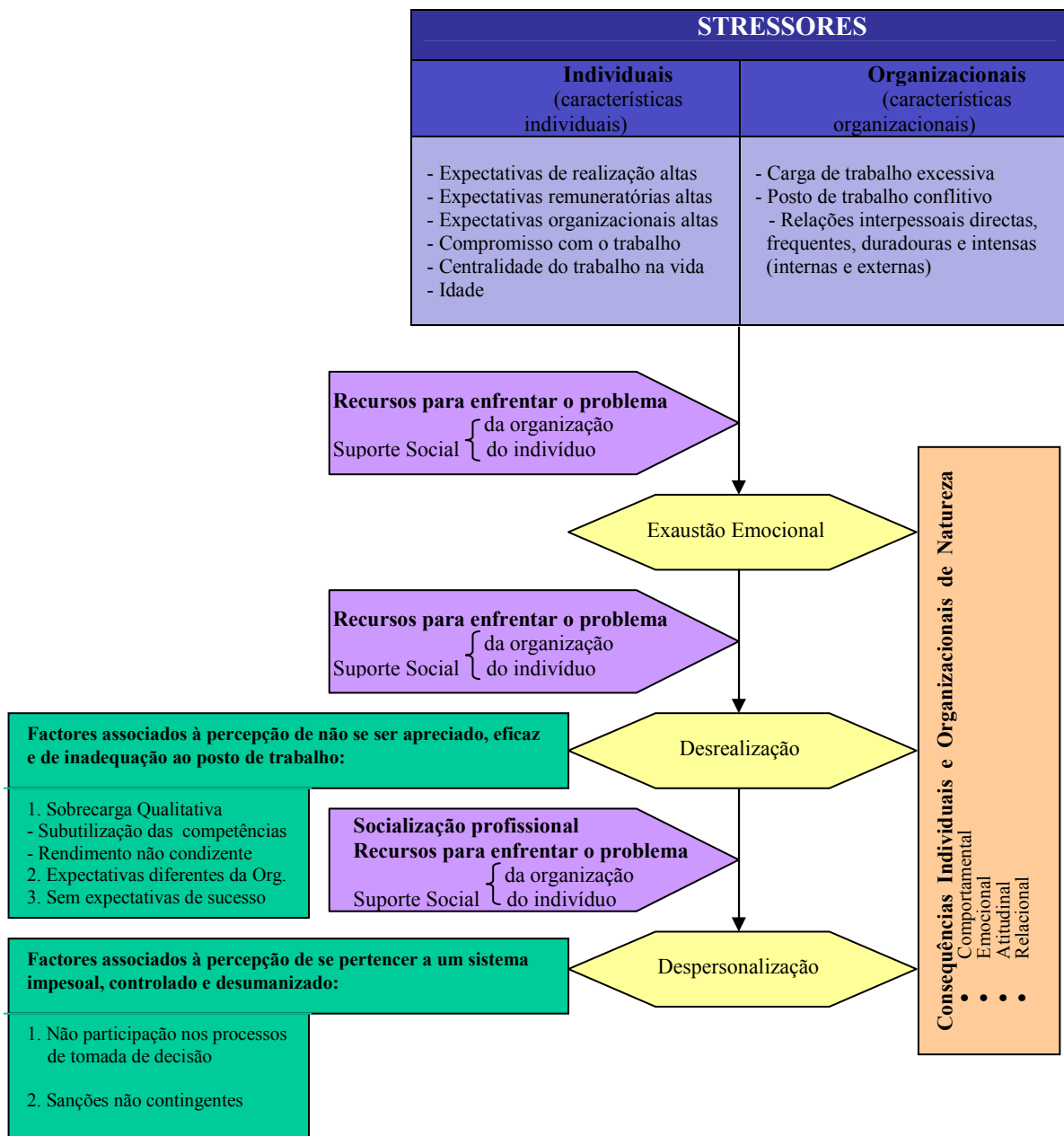
Assim, a exaustão emocional tem uma predição organizacional quer ao nível do tédio que decorre de uma sobrecarga laboral e do exercício de um trabalho rotineiro,

quer ao nível dos aspectos negativos de que se revestem os conflitos interpessoais que ocorrem no local de trabalho. Já o sentimento de uma menor realização pessoal, tem uma tradução organizacional observada num conjunto de consequências muito próprio (absentismo, rotação, abandono, etc.), e mediatizado pela despersonalização.

3.2.2.3.3. Modelo integrador do burnout de Cordes e Dougherty

A figura 10 apresenta a esquematização da teorização de Cordes e Dougherty (1993) acerca do burnout.

Figura 10 – Modelo integrador do burnout de Cordes e Dougherty (adaptado de Cordes e Dougherty 1993)



Cordes e Dougherty (1993), apresentam uma conceptualização teórica do burnout baseada, por um lado, no carácter integrador da revisão bibliográfica acerca deste síndrome, por outro lado, no modelo preconizado por Leiter e Maslach (1988), mantendo o aspecto central da exaustão emocional na manifestação do síndrome, que se desenvolve numa diminuição da realização pessoal, e, num terceiro momento e enquanto forma de uma estratégia de enfrentamento inadequada, resulta numa elevação dos sentimentos de despersonalização enquanto resposta específica do burnout.

Para estes autores, o desenvolvimento deste processo que se pode observar na figura 10 e se inicia com a exaustão emocional – que decorre dos stressores individuais e organizacionais considerados isoladamente e no grau em que divergem um do outro -, e continua através dos sentimentos de despersonalização e desrealização, é caracterizado por diferentes manifestações individuais e organizacionais de natureza comportamental, física, emocional, atitudinal e interpessoal, podendo apenas ser atenuado pela actuação dos recursos de enfrentamento representados pelo apoio social providenciado ao nível organizacional (supervisores e colegas de trabalho) e ao nível pessoal (casal, família e amigos).

3.2.3. Definição do burnout

O burnout é um processo que emerge no decorrer da preparação inadequada apresentada pelos profissionais de ajuda face a situações de stress laboral prolongadas, que se reflecte na quebra do compromisso outrora estabelecido para com a organização (Maslach, 1978).

Maslach e Pines (1977), consideram o burnout como um síndrome com manifestações observadas ao nível do esgotamento físico e emocional, e com repercussões ao nível do desenvolvimento de um auto-conceito fragilizado e de todo um conjunto de atitudes negativas seja para com o trabalho, seja para com os clientes. Maslach e Jackson (1979) reformulam este conceito, referindo também o cinismo como uma das manifestações deste síndrome, que seria essencialmente característico das relações interpessoais de proximidade e confidencialidade estabelecidas profissionalmente sob condições crónicas de stress e tensão.

Edelvich e Brodsky (1980), Maslach e Jackson (1981), Izquierdo (1991), Delgado, Fuentes, Quevedo, Salgado, Cabaco, Sánchez, Sánchez e Yela (1993), e Vidal (1993), definem o burnout como um fenómeno típico das actividades profissionais de contacto com as outras pessoas, tais como os profissionais de saúde (mental e física), os professores, os agentes de autoridade e os trabalhadores dos serviços sociais, pelo que não é de estranhar que grande parte dos estudos realizados correlacionem o burnout com a exaustão emocional, entre os quais se encontram os trabalhos desenvolvidos por Izquierdo, Castellón, Albadalejo e García (1993), até porque como referem Gil-Monte e Peiró (1999), é importante estudar-se a deterioração da qualidade de vida destes profissionais, pois que a natureza da função assistencial que prestam tem repercussões sobre a sociedade em geral.

Contudo, este fenómeno não é específico dos profissionais que trabalham com pessoas, pelo que o burnout também pode ser encontrado em indivíduos que exerçam funções de outra natureza (Gil-Monte & Peiró, 1997; Maslach & cols., 2001; Maslach & Leiter, 1997; Leiter & Schaufeli, 1996; Pines & Aronson, 1988), sendo este o motivo que levou Maslach, Jackson e Leiter (1996) a desenvolver uma nova versão do MBI, com um carácter mais genérico e vocacionada para os outros profissionais, com o objectivo de avaliar também três factores que denominaram de “baixa eficácia profissional”, “esgotamento” e “cinismo”. A este propósito, Pines e Aronson (1988) referem a ocorrência do burnout noutros âmbitos profissionais que não apenas nos serviços de atendimento directo ao público, como no sector do comércio, na política e nos cargos de direcção.

É pois natural observar a consideração do burnout nos mais diversos contextos profissionais que não os dos serviços humanos, conforme se pode observar nos estudos realizados por Maslach e Leiter (1997), e Leiter (2001). Na definição proposta por Maslach e Leiter (1997), é mesmo preconizado que o burnout é cada vez mais um fenómeno que diz respeito praticamente a todas as profissões, e não apenas aquelas ligadas à saúde e à educação, perspectiva que na opinião dos autores reflecte a tendência actual no sentido de considerar a possibilidade de incidência do síndrome burnout em todas aquelas profissões que, pela própria natureza e funcionalidade do cargo, se caracterizam por um intenso e constante contacto interpessoal, razões por que poucas profissões apresentariam um baixo risco de burnout.

Gil-Monte (2005), também defende que o burnout não é uma patologia exclusiva dos profissionais de ajuda ou daqueles que trabalham no sector terciário ao nível da prestação de serviços, muito embora a maioria dos estudos científicos realizados se reportem aos contextos laborais da saúde e da educação, quer pelo número de trabalhadores em situação de risco, quer pelo enorme impacto social de que se revestem estas organizações, pelo que não é de menosprezar também o desenvolvimento do burnout através de processos de aprendizagem social ou qualquer outro mecanismo de influência social.

Contudo, este autor reconhece que o burnout é uma resposta negativa ao stress laboral crónico, com maior incidência naqueles profissionais que no exercício da sua actividade contactam mais directa e intimamente com as pessoas, que se reflecte em consequências nefastas para a organização e para o indivíduo, observadas em diferentes alterações comportamentais (cognitivas, afectivas e atitudinais) e fisiológicas, que todavia são mediadas pelo carácter subjectivo como o indivíduo vivencia internamente as diferentes experiências de stress.

Gil-Monte e Peiró (1997), Gil-Monte, Peiró e Valcárcel (1998) e Gil-Monte e Peiró (1999), enquadram o burnout na linha teórica desenvolvida por Cox e Mackay (1981) e Lazarus e Folkman (1984) em relação ao stress laboral, que resulta numa abordagem cognitiva e transaccional deste síndrome, em que as cognições e emoções são compreendidas como variáveis mediadoras na relação do stress laboral percebido com as respostas atitudinais e comportamentais manifestadas quando se padece de burnout.

Para estes autores, a ineficácia das estratégias de enfrentamento usadas para reduzir o stress laboral percebido, conduz ao desenvolvimento do burnout, pelo que este constitui antes de mais um processo de reavaliação cognitiva, que se inicia conjuntamente com sentimentos de exaustão emocional e de baixa realização pessoal, que quando são experimentados de um modo sistemático, se tornam crónicos e se repercutem ainda na manifestação de atitudes de despersonalização.

Com base no padrão encontrado nas diferentes definições acerca do burnout, Mingote (1998) refere que este síndrome se caracteriza quer pelo predomínio de sintomas disfóricos e pela exaustão emocional, quer por alterações ao nível do comportamento, que é então tido como fora do normal e despersonalizado na relação

com os clientes, quer pelo desenvolvimento de toda uma sintomatologia física (cansaço extremo e mal estar generalizado) e técnicas paliativas redutoras da ansiedade residual, quer pela deterioração da qualidade de vida, quer ainda pela inadequação do processo adaptativo orientado para o trabalho (menor desempenho, sentimento de desrealização e de ineficácia laboral, desmotivação e quebra do compromisso para com a organização).

3.2.4. Considerações do burnout enquanto estado e processo

A não consensualidade conceptual acerca do burnout na comunidade científica, particularmente no que se refere à sua delimitação sintomática, prende-se com o facto dos stressores laborais influenciarem de um modo distinto o indivíduo nos seus aspectos cognitivos, emocionais e atitudinais, e traduz-se na consideração deste síndrome enquanto estado ou enquanto processo, de que depende não só a sua compreensão, como também a sua prevenção, diagnóstico e tratamento, pelo que o burnout deve ser considerado como um constructo multidimensional, em que intervêm diferentes sintomas cognitivos, emocionais, atitudinais, comportamentais e fisiológicos, não se restringindo a uma conceptualização unidimensional integradora apenas de um estado de exaustão emocional (Gil-Monte, 2005).

Ainda para este autor, o síndrome de burnout pode ser compreendido seja numa perspectiva clínica, orientada essencialmente para o diagnóstico de um estado mental negativo desenvolvido em consequência do stress laboral experimentado pelo indivíduo, seja numa perspectiva psicossocial, vocacionada para a explicação do fenómeno e da compreensão da sua etiologia e desenvolvimento, enquanto processo que se manifesta no decurso da interacção das características pessoais de um indivíduo com o contexto laboral da sua actividade.

3.2.4.1. Consideração do burnout como estado

Para Brill (1984), o burnout trata-se de um estado disfuncional e disfórico desenvolvido no âmbito do trabalho, por alguém que não padece de outra alteração psicopatológica maior, e que ocupa um posto de trabalho que sempre desempenhou bem e com satisfação pessoal, aspectos que só voltarão a ser possíveis através de uma

intervenção externa ou readaptação do posto de trabalho em função das expectativas prévias, pelo que o burnout seria sempre mediado pelas expectativas e crenças iniciais.

Já para Pines e Aronson (1988), o burnout constitui um estado de esgotamento mental – que se reflecte no desenvolvimento de sentimentos de incapacidade, desespero e alienação do trabalho -, esgotamento físico – caracterizado pela falta de energia, fadiga crónica, debilidade geral e uma ampla variedade de manifestações de índole psicossomática -, e esgotamento emocional - que se pode observar no desenvolvimento de atitudes negativas face a si próprio, face ao trabalho e mesmo à vida em si -, pelo que o abandono, a mudança de profissão ou a realização de outras tarefas, regra geral de natureza administrativa, em alternativa ao contacto directo com os clientes, constituem alguns dos comportamentos das pessoas que padecem de burnout.

De acordo com a linha de investigação conduzida por Pines e os seus colaboradores (Pines & Aronson, 1988; Pines, Aronson & Kafry, 1981; Pines, 1983, 1993, 1996), o burnout é um estado de esgotamento do indivíduo nos seus aspectos emocionais, físicos e mentais. O sentimento de exaustão emocional caracteriza-se pelo ressentimento, desilusão, tristeza, depressão, não compreensão das situações, atitude de indiferença na procura de soluções alternativas aos problemas que vão surgindo, que em casos mais extremos poderão culminar no suicídio. Já a exaustão física pode ser observada num cansaço crónico que pode ser acompanhado, por um lado, por dores de cabeça, coluna ou estômago, e, por outro lado, por problemas de sono e de saúde. Por fim, o esgotamento mental reflecte-se no desenvolvimento de atitudes negativas no contexto laboral, mediadas pela fragilização do auto-conceito e pelos diferentes sentimentos de fracasso.

3.2.4.1.1. Diagnóstico clínico do estado de burnout

Embora criticado, o diagnóstico tem por base uma avaliação psicométrica que, por um lado, permite identificar se um indivíduo sofre de burnout, e, por outro lado, possibilita conhecer que níveis de intensidade ou frequência sintomática são tolerados e não têm implicações mais nefastas para o indivíduo, como a depressão (Gil-Monte, 2005).

Para Gil-Monte e Peiró (1999), a abordagem clínica do burnout perspectivada com base no MBI, embora útil no plano do diagnóstico, carece de algum rigor científico ao nível da compreensão deste síndrome, seja pela não validação psicométrica em amostras constituídas aleatoriamente e integrando as diferentes profissões, seja pela ausência de estudos mais profundos e representativos acerca daqueles profissionais consensualmente reconhecidos pela comunidade científica como tendo mais propensão para o burnout.

Na procura de um diagnóstico diferencial exacto do burnout, Gil-Monte (2005) refere que a presença de alguns dos sintomas associados a este síndrome não configura necessariamente a manifestação de um quadro clínico de burnout, pois que muitas vezes estes sintomas são apenas estados transitórios de cansaço, frustração e desrealização profissional, resultantes quer da relação com os clientes da organização, quer do clima social que a tipifica, quer ainda da personalidade e educação de um indivíduo, pelo que é comum observarem-se comportamentos cínicos, cruéis, de indiferença e de esgotamento emocional, sem que se esteja na presença de burnout.

Perante a evidência de um diagnóstico de burnout, é importante considerar também, quer o contexto em que se manifesta a patologia – uma vez que é mais característica daqueles profissionais que mantêm um contacto directo com os clientes -, quer o seu processo de desenvolvimento, quer ainda a convergência e relação de todo um conjunto de sintomas deterioradores da funcionalidade cognitiva, afectiva e atitudinal do indivíduo. Por outro lado, interessa ainda observar a qualidade das relações interpessoais estabelecidas com os clientes da organização, uma vez que as pessoas que padecem deste síndrome têm problemas ou tendem a ser problemáticas, procurando amiúde algum tipo de ajuda (Gil-Monte, 2005).

A primeira versão do MBI assentava na concepção factorial deste instrumento desenvolvido por Maslach e Jackson (1981), pelo que o burnout foi então definido como um estado de elevada exaustão emocional, baixa realização pessoal no trabalho e alta despersonalização. Já para Pines, Aronson e Kafry (1981), o burnout caracteriza-se por uma exaustão aos níveis emocional, mental e físico.

Em termos de diagnóstico, é interessante salientar que já existem actualmente algumas alternativas à aplicação clássica do MBI, pelo que é de esperar que num futuro

próximo se assista à reformulação deste conceito. Fayos, Soler e Montalvo (1997), apresentam uma revisão bibliográfica de alguns destes instrumentos, tal como se pode observar na tabela 7.

3.2.4.1.2. Relação do burnout com outros constructos

Na literatura existente sobre o burnout, são encontradas designações tão diferentes como stress laboral, stress ocupacional, stress assistencial, stress ocupacional assistencial, síndrome de estar queimado, síndrome de esgotamento profissional, neurose profissional, desgaste profissional e desgaste psíquico, que para Ruiz e Rios (2004), convém ainda distinguir do simples stress, depressão e insatisfação laboral.

Para Davidoff (1980), a dificuldade de um diagnóstico diferencial do burnout face a outros constructos, faz pensar se não se estará a usar uma nova terminologia para englobar e mascarar outros problemas, pelo que convém ter sempre presente, por um lado, que não se deve usar indiscriminadamente o termo burnout para descrever os mais diversos problemas relacionados com o trabalho ou com qualquer outro contexto (Maslach, 1982), até porque para Maslach e Jackson (1984), mais do que uma questão teórica de interesse académico, este síndrome constitui um problema social com consequências que só agora começam a ser compreendidas, e, por outro lado, que o burnout não tem necessariamente a ver com o stress profissional como referem Seidman e Zager (1986) e Kushnir e Melamed (1992), pelo que seria importante uma maior abertura de espírito para o desenvolvimento e consolidação deste constructo, dada a sua magnitude e consequências pessoais e laborais negativas que o caracterizam.

Perlman e Hartman (1982), com base na revisão de alguns estudos científicos acerca do burnout, assinalam já que este síndrome se poderia relacionar com outros sintomas como o baixo auto-conceito, baixa auto-estima, apatia, desconfiança, activação de atitudes negativas para com as pessoas que serve, cinismo, rigidez caracterial, depressão, etc. Esta relação tem vindo a ser procurada por outros autores, como Farber (1983) e Fisher (1988) com a depressão, Karger (1981) com a alienação, e Pines, Aronson e Kafry (1981) com o tédio.

Tabela 7 - Revisão bibliográfica de alguns instrumentos para medir o burnout (adaptado de Fayos, Soler & Montalvo, 1997)

INSTRUMENTOS MEDIDA BURNOUT				AUTORES	ANO
Staff Burnout Scale	30 itens	grau de frequência	Insatisfação com o trabalho; tensão psicológica e interpessoal; enfermidade física e distress; relações profissionais negativas	Jones	1980
Indicadores del Burnout	7 indicadores	tipo likert	Prestar serviços de qualidade; evitar dificuldades dos clientes; encolerizar-se com um relacionamento amável; autoseparar-se dos clientes; preferir o escritório ao campo; gracejar acerca dos clientes; ausentar-se vários dias por motivos de saúde mental	Gillespie	1980
Emener-Luck Burnout Scale	30 itens	Escala bipolar de nove pontos	Sensações relacionadas com o trabalho em geral; sensações relacionadas com o trabalho e consigo mesmo; preparação do ambiente de trabalho; respostas negativas da pessoa no ambiente de trabalho; dissonância do autoconceito do próprio face ao autoconceito dos outros; alternativas de carreira ao trabalho	Emener e Luck	1980
Tedium Measure	9 itens	tipo likert	Depressão; burnout; cansaço emocional e físico; vazio existencial; fastio; tensão; sentimentos de ilusão; felicidade	Pines, Aronson e Kafry	1981
Maslach Burnout Inventory	22 itens	tipo likert	Exaustão emocional; despersonalização; desrealização	Maslach e Jackson	1981
Teacher Burnout Scale	21 itens	tipo likert	Satisfação profissional; enfrentamento do stress laboral; atitudes face aos estudantes; percepção de apoio por parte do supervisor	Seidman e Zager	1986
Mattews Burnout Scale for Employees	50 itens	Presença ou ausência de burnout	Variáveis organizacionais (atitudes acerca do trabalho, adaptação da função, locus de controlo, estratégias de enfrentamento) e variáveis internas do indivíduo (adaptação pessoal e temperamento)	Mattews	1990
Efectos Psíquicos del Burnout	12 itens	tipo likert	Atitudes negativas face ao trabalho e expectativas negativas para com o trabalho	García Izquierdo	1990
Holland Burnout Assessment Survey	18 itens	Cinco opções de resposta	Percepção positiva do ensino, compromisso com o ensino, apoio dos supervisores e conhecimento do burnout	Holland e Michael	1993
Escala de Burnout de Directores de Colegios	22 itens	tipo likert	Esgotamento (sentimentos de fadiga emocional, física e cognitiva); atitudes de reserva; atitudes de desprezo	Friedman	1995

Contudo, nos últimos anos têm sido também desenvolvidas algumas investigações que concluíram precisamente acerca da distinção teórica e empírica do burnout relativamente a constructos como a ansiedade, cansaço, insatisfação laboral, tédio, alienação, desencanto ou neurose existencial (Gil-Monte & Peiró, 1997).

Para Gil-Monte (2005), é importante não só a distinção teórica e empírica do burnout face a outros constructos – como o cansaço, desencanto, tédio, ansiedade, alienação, neurose, depressão, insatisfação laboral, etc., -, como também a inclusão de outras variáveis nos estudos realizados, como o desenvolvimento de sentimentos de culpa e de baixa auto-eficácia profissional, a manifestação de comportamentos e atitudes cínicas, etc.

3.2.4.1.2.1. Relação do burnout com as atitudes

Tomando como referência o estudo das atitudes desenvolvido por Eagly e Chaiken (1993), Fazio (1986), Fishbein e Ajzen (1975) e Zajonc (1980), pode inferir-se que as pessoas com burnout exibem um conjunto de comportamentos observáveis e de alterações fisiológicas, em consequência dos processos cognitivos, afectivo-emocionais e atitudinais que mediatizam a percepção do contexto de trabalho como fonte de stress. Contudo, para Gil-Monte (2005) a consideração holística deste síndrome, deve abranger também a avaliação dos sintomas físicos e comportamentais.

3.2.4.1.2.2. Relação do burnout com a depressão e o stress laboral

Por forma a esclarecerem algumas das questões sobre a distinção destes constructos junto da comunidade científica, Bakker e Schaufeli (2000) calcularam recentemente a validade discriminante do conceito de burnout em relação ao stress e à depressão, tendo concluído que a sintomatologia que distingue este síndrome se caracteriza pelo desenvolvimento de sintomas crónicos, não físicos ou fisiológicos, relacionados com a actividade laboral e manifestados em pessoas que não tenham tido qualquer transtorno psicopatológico, sendo essencialmente de natureza mental, afectiva ou comportamental, e tendo repercussões ao nível do rendimento no trabalho.

3.2.4.1.2.2.1. Relação do burnout com a depressão

No que concerne à depressão, esta tem sido considerada quer como um dos sintomas do burnout por Freudenberg (1974) e Kamis (1982), quer também como uma das suas consequências para autores como Baba, Galperin e Lituchy (1999) e como Glass, Mcknight e Valdimarsdottir (1993). Schwartzmann (2004), interroga-se mesmo se o stress laboral, o burnout e a depressão não serão manifestações da mesma patologia.

Já Grossi, Persky, Evengard, Blomkvist e Orth-Gomér (2003) são da opinião que a depressão é um conceito distinto do burnout, tal como Iacovides, Fountoulakis, Kaprinis e Kaprinis (2003). A depressão é caracterizada essencialmente por um estado de ânimo geral fragilizado, enquanto que o síndrome de burnout é temporal e específico do contexto laboral (Guerrero & Vicente, 2001), pelo que o burnout constitui uma entidade nosológica distinta de outras cronicidades resultantes do contexto laboral, não só da depressão, como também da ansiedade e do cansaço (Gil-Monte, 2005).

3.2.4.1.2.2.2. Relação do burnout com o stress laboral

De acordo com Leiter (1992), o conceito de burnout diferencia-se do conceito de stress laboral, uma vez que se refere essencialmente a uma crise de autoeficácia. Já para Gallego e Ríos (1991) e Demerouti, Bakker, Nachreiner & Schaufeli (2001), o burnout constitui uma forma de stress que pode desenvolver-se em qualquer contexto de trabalho, particularmente quando não existe um equilíbrio entre as exigências laborais e os recursos de que dispõe o indivíduo para as satisfazer.

Enquanto resposta a um stress laboral continuado e crónico, emerge o processo de burnout que, por um lado, deve ser compreendido como um processo com consequências negativas para o indivíduo e para a organização, resultante do contacto prolongado e intenso com um ou mais stressores, e, por outro lado, é também uma consequência da atitude persecutória e déspota exercida no contexto laboral por parte da organização, que talvez tenha existido desde que o trabalho adquiriu uma dimensão colectiva e social (Gil-Monte, 2005).

Embora não exista um consenso acerca do significado e definição do stress laboral, este constitui um processo distinto e mais amplo que o burnout (Gil-Monte, 2005), que assim mais não é do que uma das respostas possíveis de desenvolvimento do stress laboral.

3.2.4.1.2.3. Relação do burnout com a insatisfação no trabalho

Para Gil-Monte (1991), muito embora o burnout e o grau de satisfação no trabalho constituam experiências psicológicas internas negativas, o burnout pressupõe mudanças comportamentais ao nível da relação com os outros, e, por outro lado, alterações ao nível da qualidade e do desempenho, sentimento de exaustão e decréscimo da energia canalizada para o trabalho. A dificuldade em fazer esta distinção tem a ver com o facto de estes conceitos estarem intimamente relacionados (Schwartzmann, 2004).

3.2.4.1.2.4. Relação do burnout com a sobrecarga laboral

O burnout representa um conceito distinto da sobrecarga laboral e não se encontra necessariamente associado ao cansaço, antes se relaciona com a desmotivação emocional e cognitiva que se evidencia em consequência da quebra dos interesses e metas que até então tinham orientado a vida do sujeito (Moreno & Peñacoba, 1996).

3.2.4.1.2.5. Relação do burnout com o *mobbing*

Gil-Monte (2005), distingue ainda o burnout do conceito de *mobbing*, afirmando que embora ambos constituam formas de perseguição e tenham origem nas relações interpessoais que se estabelecem entre os indivíduos de uma organização, o burnout é uma resposta do stress laboral crónico que se desenvolve perante a falência das estratégias de *coping* actuadas pelo indivíduo, enquanto que o *mobbing* é uma fonte de stress laboral que advém de um conflito interpessoal assimétrico.

Esta perseguição é de carácter psicológico no caso do *mobbing* – em que se geram dinâmicas grupais persecutórias, violentas e desprovidas de qualquer ética e respeito para com o outro, com a cumplicidade e consentimento dos membros de um

grupo -, e de carácter psicossocial no caso do burnout, em que o indivíduo tem poder sobre o outro e o emprega defensivamente para se proteger das suas pressões e exigências, tal como os clientes ou utentes de uma organização, evidenciando um comportamento clínico e despersonalizado, que assim se reflecte na deterioração da qualidade dos serviços prestados e leva o indivíduo a experimentar sentimentos de culpa e de não realização (Gil-Monte, 2005).

Ainda para este autor, quando o indivíduo experimenta o sentimento de que os outros são de algum modo melhores do que ele, ou se sente discriminado ou avaliado negativamente pelos colegas de trabalho, é natural que a sua auto-estima também decresça.

3.2.4.2. Consideração do burnout como processo

O estudo do burnout enquanto processo, possibilita a compreensão dos mecanismos que se desenvolvem na interacção com outras variáveis essencialmente de índole psicológica, e, conseqüentemente, o seu estudo segundo diferentes enquadramentos teóricos.

O carácter redutor da simples identificação dos sintomas conducentes ao diagnóstico do síndrome, desloca a atenção do indivíduo e inviabiliza a possibilidade de compreensão do fenómeno na sua totalidade, pelo que interessa integrar outros contributos e enquadramentos teóricos para um melhor entendimento do burnout (Gil-Monte, 2005).

Para Edelwich e Brodsky (1980), o burnout é um processo de desilusão ou desencanto por que o indivíduo passa progressivamente no decurso da sua actividade profissional, e que contempla respectivamente as fases de entusiasmo, estagnação, frustração e apatia. Esta concepção do burnout é parcialmente alterada por Maslach e Jackson (1981), com a elaboração do MBI-HSS, sendo então um processo definido com base na estrutura factorial tridimensional evidenciada por este instrumento.

Já para Price e Murphy (1984), o burnout representa um processo adaptativo a situações de stress laboral, que evolui de um estado primário de desorientação para diferentes fases de instabilidade emocional, sentimentos de culpa, saudade e tristeza.

Quando há a intervenção clínica de um profissional, o equilíbrio de outrora pode ser retomado.

Etzion (1987) é um dos autores que adopta a concepção do burnout enquanto processo contínuo de erosão pessoal, que se desenvolve lenta e silenciosamente através de minustressores ou desajustes menores que raramente implicam qualquer esforço pessoal, tal como um vírus em latência que se manifesta depois repentina e inesperadamente e que constitui uma experiência intensa de esgotamento pessoal, embora não se possa relacionar com nenhuma situação stressante em particular.

O carácter progressivo e severo do desenvolvimento do burnout é também sublinhado por Wade, Cooley e Savicki (1986) e Delgado e cols. (1993), sendo estas mesmas características que dificultam a sua percepção e reconhecimento por parte de um indivíduo (Dolan, 1987). A sua evolução tem uma dupla característica, pois que se opera quer em termos de frequência – que vai desde uma manifestação sintomática esporádica, até uma presença diária e constante –, quer em termos de intensidade – em que sintomas como cansaço, inquietação, irritação e frustração, cederiam gradualmente lugar à manifestação crónica de doenças e somatizações várias (Maslach & Jackson, 1981).

Já para Kushnir e Melamed (1992), o burnout é como que um fenómeno de esvaziamento crónico dos recursos de enfrentamento específicos de cada indivíduo, que deriva de uma exposição prolongada a exigências de índole essencialmente emocional. Ayuso e López (1993), apresentam uma linha de pensamento similar, pois que classificam o burnout como um síndrome de desgaste gradual que decorre como processo adaptativo à perda progressiva dos objectivos e ideais dos profissionais que trabalham particularmente ao nível das relações de ajuda, que assim resulta numa debilitação física e psicológica com toda uma sintomatologia física, mental e afectiva.

Maslach e Leiter (1997), procuram compreender também o burnout como um processo gradual caracterizado pelo decréscimo do fascínio e do significado outrora sentidos face ao trabalho, e pelo desenvolvimento de sentimentos de aborrecimento e de falta de realização, que poderão levar a pessoa a deprimir-se e a acreditar que está a viver uma crise individual. Para estes autores, a falta de formação adequada para o exercício da função, a falta de condições físicas apropriadas no local de trabalho ou a

insatisfação sentida com o salário usufruído, não constituem indícios ou fontes de burnout, a não ser que tivessem integrado os objectivos, ideais, expectativas e crenças iniciais.

Já Gil-Monte e Peiró (1997), consideram o burnout como um processo decorrente de uma reavaliação cognitiva desenvolvida face à ineficácia das estratégias de enfrentamento usadas pelos profissionais para reduzir o stress, que resultaria na fragilização do estado de saúde do indivíduo e na sua propensão quer para o absentismo quer mesmo para o abandono.

Segundo Tamayo e Troccoli (2002), o burnout constitui uma experiência interna do indivíduo, pelo que este síndrome se reveste de um carácter psicológico que se desenvolve no decurso da tensão emocional crónica sentida no contexto laboral, e se caracteriza pela manifestação de sentimentos e atitudes negativas face ao trabalho.

Embora ainda não haja um consenso quanto à definição de burnout, Maslach e os seus colaboradores apresentam talvez uma das definições mais consensuais, quando conceptualizam o burnout como um processo em que intervêm elementos cognitivo-atitudinais (desrealização), emocionais (exaustão emocional) e atitudinais (despersonalização), sendo sobre esta definição que o burnout é maioritariamente estudado (Maslach, 1976; Cherniss, 1980; Maslach & Pines, 1980; Maslach & Jackson, 1981; Maslach & Jackson, 1986; Maslach & Leiter, 1988; Gallego & Ríos, 1991; Gil-Monte, 1991 / 2001; Maslach, 1993; García, 1995; Atance, 1997; Maslach & Leiter, 1997; Apples, 1998; Maslach & Goldberg, 1998; Chacón, Vecina, Barrón e De Pául, 1999; Guerrero & Vicente, 2001; Maslach, Schaufeli & Leiter, 2001; Ruiz & Ríos, 2004):

Exaustão emocional, que se refere ao sentimento que não se consegue dar mais de si no âmbito afectivo, pois que há uma diminuição ou perda significativa de energia e dos recursos emocionais próprios, com o consequente sentimento de frustração e tensão de quem percebe que já não tem condições para assegurar a continuidade do seu serviço como outrora. A maior causa de exaustão no trabalho é certamente a sobrecarga laboral e os conflitos que surgem no âmbito das relações interpessoais que se estabelecem;

Despersonalização, que implica o desenvolvimento de sentimentos e atitudes negativas, de insensibilidade e cinismo que se manifestam não só, perante as pessoas destinatárias do seu trabalho, que tendem a ser culpadas dos seus problemas e consideradas de forma desumanizada, como também perante os colegas de trabalho e a própria instituição. A ansiedade, irritabilidade e desmotivação, tal como a redução do idealismo, das metas de trabalho e do compromisso institucional, caracterizam este novo estado de espírito, em que prevalece o cinismo e a dissimulação afectiva, em que o vínculo afectivo é substituído pelo vínculo racional, nestes profissionais que assim parecem ter endurecido afectivamente;

Diminuição da realização pessoal, que se manifesta na tendência destes profissionais se auto-avaliarem de forma negativa nos mais diversos aspectos, não sendo por isso de estranhar que se sintam infelizes e insatisfeitos consigo próprios e com o seu desenvolvimento profissional, e experimentem um declínio no sentimento de competência e êxito profissional - com particular incidência na habilidade para a realização do seu trabalho -, e na capacidade para se relacionarem com as pessoas no âmbito das suas profissões.

3.2.4.2.1. Operacionalização funcional do burnout enquanto processo

O síndrome de burnout caracteriza-se por um sentimento mútuo de exaustão física e emocional que leva os profissionais de saúde à incapacidade de expressar qualquer respeito, simpatia e afectos de índole positiva para com os utentes, e culmina na percepção cínica e despersonalizada das pessoas a que assistem, que culpam então de se fazerem de vítimas e acreditam merecer os problemas de que padecem, atitudes e crenças que se reflectem na deterioração da qualidade dos serviços prestados por estes profissionais (Maslach, 1978).

De acordo com Pines e Kafry (1982), o burnout advém do stress emocional crónico resultante de uma implicação e dedicação excessivas aos outros durante longos períodos de tempo, repercutindo-se não só num esgotamento físico e emocional, como também num esgotamento mental. Para Ryerson e Marks (1982), este esgotamento mental é observado ao nível das atitudes.

Perlman e Hartman (1982), também são da opinião que o burnout se evidencia como uma resposta à cronicidade do stress emocional do contexto laboral, que se manifesta quer na exaustão de natureza física e emocional, quer na baixa produtividade, quer ainda no sentimento de despersonalização.

Numa operacionalização funcional e cronológica da evolução do burnout, Maslach e Jackson (1986), Maslach e Leiter (1988 / 1997), Cordes e Dougherty, (1993), referem que a primeira dimensão a manifestar-se em resposta às excessivas solicitações provenientes do contexto laboral, começa por ser a exaustão emocional, que para Gaines e Jermier (1983) se pode encontrar nas diferentes categorias profissionais em que as pessoas trabalham em condições stressantes, e que para Maslach e Jackson (1986) e Maslach (1993) se referem a uma sobrecarga laboral e ao desenvolvimento do sentimento pessoal de que se não dispõe dos recursos emocionais adequados às diferentes solicitações.

Todos estes autores são da opinião de que a primeira manifestação do burnout é ao nível da exaustão emocional, surgindo mais tarde a despersonalização, enquanto estratégia defensiva do afastamento psicológico por parte do profissional. Para Maslach e Leiter (1997), a fase da desrealização seria mesmo o culminar de todo este processo, em que as pessoas acabariam por desenvolver sentimentos de incompetência e inadequação profissional.

Gil-Monte, Peiró e Valcárcel (cit. por Gil-Monte & Peiró, 1997), referem que o burnout constitui um processo dinâmico que se inicia com o desenvolvimento de sentimentos de desrealização e de exaustão emocional, que posteriormente originam o sentimento de despersonalização, a ser então considerado como um fenómeno defensivo. Já antes, Wallace e Brinkerhoff (1991), tinham proferido que paradoxalmente a despersonalização representava uma estratégia de enfrentamento actuada para combater o burnout.

Para Gil-Monte e Peiró (1997), é importante integrar as variáveis constantes nas diferentes teorizações enunciadas, já que a consideração de uma só perspectiva inviabiliza uma explicação cabal da etiologia do burnout, pelo que desenvolvem um modelo que para além de explicar 54% da variância total, destaca ainda o papel preditivo de alguns factores. Assim sabe-se que, primeiro, em relação à exaustão

emocional, a estratégia de evitamento e a auto-confiança são inversamente proporcionais, enquanto que o conflito de papéis é directamente proporcional, segundo, em relação à realização pessoal, a ambiguidade de papéis é inversamente proporcional, enquanto que a auto-confiança é directamente proporcional. Por outro lado, a exaustão emocional e a baixa realização pessoal surgem ainda como factores preditores da despersonalização.

Gil-Monte e Peiró (1999), referem que ao longo dos últimos anos e em relação ao MBI, se têm estabelecido diferentes modelos teóricos que procuram compreender quer a resposta que primeiramente se manifesta numa situação de stress laboral (exaustão emocional, baixa realização pessoal ou despersonalização), quer o modo como se desenvolve o burnout enquanto processo cuja compreensão integra a relação entre as suas dimensões e as variáveis antecedentes e consequentes associadas a este síndrome, quer ainda a relação dos factores do MBI com as consequências observadas a nível individual e organizacional, muito embora nenhum dos modelos hipotetizados tenha obtido uma evidência empírica válida para as relações hipotetizadas.

3.2.5. Variáveis predictoras e consequentes do burnout

São muitas as variáveis que se têm procurado correlacionar com o burnout, no sentido de compreender a sua validade preditiva na determinação deste síndrome e assim contribuir para a sua caracterização, que muitos autores crêm resultar essencialmente de factores pessoais e ambientais, sendo que os últimos se referem às características do trabalho e estão por detrás dos níveis de burnout mais elevados (Leiter & Maslach, 1988; Maslach & Goldberg, 1998).

Para Gil-Monte (2005), o contacto continuado com um ou mais stressores, começa por repercutir-se na sensação de esgotamento ou exaustão emocional, podendo-se ainda repercutir ao nível do número de acidentes de trabalho, taxa de absentismo, saída da organização, menor compromisso para com a organização e diminuição da qualidade dos serviços ou produtos. Este autor classifica os stressores em duas grandes categorias, a saber:

Stressores organizacionais. Exigências psicológicas do posto de trabalho, grau de participação nos processos de tomada de decisão, controlo exercido ao nível do

posto de trabalho, grau de apoio social sentido no local de trabalho, condições existentes para a realização do trabalho, relações estabelecidas no contexto laboral aos níveis formal e informal;

Stressores individuais. Dedicção ao trabalho, idealismo e expectativas laborais, qualidade do relacionamento interpessoal.

Ainda segundo Gil-Monte (2005), os stressores laborais não têm contudo o mesmo efeito ao nível do desenvolvimento dos sintomas e do síndrome de burnout, uma vez que o seu impacto e evolução é mediada por algumas variáveis personalísticas (como a extroversão, personalidade resistente ou do tipo A, neuroticismo, estilos de enfrentamento, percepção de auto-eficácia), sócio-demográficas (como o género, idade, habilitações literárias), pessoais (como a amizade, as relações interpessoais que se estabelecem fora do trabalho). Para este autor, as consequências do burnout manifestam-se na disfuncionalidade do indivíduo em termos comportamentais, psicológicos e fisiológicos, e no custo das repercussões negativas ao nível da relação com os outros e também com as organizações, embora em menor grau.

Os estudos realizados nos últimos anos acerca do burnout, têm procurado estabelecer uma relação deste síndrome com as mais diversas variáveis, que Nagy e Nagy (1992), Cordes e Dougherty (1993), Sandoval (1993), e Burke e Greenglass (1995) agrupam em diferentes níveis ou planos.

De acordo com Gil-Monte e Peiró (1999), a elaboração dos modelos teóricos explicativos do burnout deveria incluir as diferentes variáveis que se podem observar a um nível microanalítico - referentes às características do posto de trabalho -, e a um nível macroanalítico – respeitantes à organização tomada na sua generalidade -, razão por que de seguida se apresentam as variáveis preditoras e consequentes do burnout, sistematizadas em termos profissionais e pessoais. Os seis factores considerados como críticos no desenvolvimento do burnout por Maslach e Leiter (1997) e Maslach e cols. (2001), são também contemplados.

3.2.5.1. Variáveis predictoras ao nível profissional

As variáveis que no contexto profissional foram referenciadas como tendo um carácter predictor sobre o burnout, referem-se às características do posto de trabalho e às características organizacionais.

3.2.5.1.1. Características do posto de trabalho. As características do posto de trabalho são uma variável que integra não só os diferentes aspectos qualificativos do posto e da função exercida por um indivíduo, como também o seu enquadramento na organização e o conjunto de competências que lhe são inerentes (perfil do posto de trabalho, formação, carga laboral, trabalho estimulante ou desafiante, conflito de papéis, ambiguidade da função, dependência hierárquica, autonomia, controlo, participação nas decisões, especificidade e interacção com os utentes).

3.2.5.1.1.1. Perfil do posto de trabalho. Remete para a necessidade de uma orientação profissional (Cherniss, 1980), por forma a assegurar um maior grau de adequação dos perfis profissional e pessoal do indivíduo à especificidade dos posto de trabalho (Ayuso & López, 1993; Kanter, 1993).

3.2.5.1.1.2. Formação. As organizações deveriam preocupar-se em actuar uma política de formação dos quadros e procurar saber o seu grau de adequabilidade para o desempenho eficaz da função (Burke & Greenglass, 1995), pois que quando o indivíduo tem a possibilidade de se ir qualificando dentro do posto de trabalho que desempenha, tal constitui um factor minimizador do burnout (Demeuroti & cols., 2001).

3.2.5.1.1.3. Carga laboral. Já no ano de 1986, Jackson, Schwab e Schuler, referem a sobrecarga laboral como um dos aspectos determinantes do burnout, não sendo pois de estranhar que esta seja apontada como um factor crítico por Cherniss (1980), Maslach e Leiter (1997), Maslach e Godberg (1998), Demeuroti e cols. (2001), Maslach e cols. (2001). Contudo, Jackson e cols. (1986) procuram compreender e analisar a carga laboral, quer em termos quantitativos – em que a frequência e duração dos contactos com os clientes ou utentes representam dois dos seus indicadores -, quer em termos qualitativos – em que importa conhecer a distância afectiva ou física que separa o profissional dos seus clientes -, quer ainda em

consonância com as diferentes características sócio-demográficas dos clientes - tais como o sexo, a idade, o tipo de família que integram, a sua predisposição para comportamentos conflituosos, etc. É pois neste sentido, que se pode afirmar que as exigências do trabalho não consonantes com o tempo disponível para a sua execução, estão por detrás das manifestações do burnout (Cordes & Dougherty, 1993; Papadatou & cols., 1994; Burke & Greenglass, 1995). Para Maslach e Leiter (1997), Gil-Monte e Peiró (1999), e Maslach e cols (2001), a consequência de uma carga de trabalho excessiva ou não adaptada às competências do indivíduo no exercício das suas funções, particularmente quando a actividade desenvolvida exige a actuação de afectos incompatíveis com os seus sentimentos, resulta na instalação de esgotamento ou cansaço emocional.

3.2.5.1.1.4. Trabalho estimulante. Uma estimulação adequada ao nível laboral, é imprescindível para uma verdadeira realização e satisfação no trabalho, que assim tende a ser percebido e sentido como contributivo para o desenvolvimento pessoal (Cherniss, 1980; Garden, 1987; Kanter, 1993; Burke & Greenglass, 1995; Shapiro & cols., 1996). Quando as diferentes tarefas que integram o exercício profissional apresentam uma variedade adequada à especificidade do indivíduo, a probabilidade de este vir a padecer de burnout é menor (Demeuroti & cols., 2001).

3.2.5.1.1.5. Trabalho desafiante. Muitos indivíduos observam e analisam o trabalho que desempenham, na medida em que este satisfaça a necessidade de demonstrarem continuamente a capacidade para um bom desempenho (Sarros, 1988).

3.2.5.1.1.6. Conflito de papeis. O conflito de um determinado posto de trabalho com outros existentes na organização, repercute-se essencialmente numa resposta de natureza emocional (Gil-Monte & Peiró, 1999), e está intimamente relacionado quer com a exaustão emocional (Jackson & cols., 1986; Lee & Ashforth, 1996; Gil-Monte & Peiró, 1999), quer com a despersonalização, embora em menor grau (Lee & Ashforth, 1996; Gil-Monte & Peiró, 1999).

3.2.5.1.1.7. Ambiguidade da função. O grau de ambiguidade que caracteriza uma dada função origina uma resposta de carácter essencialmente cognitivo-atitudinal (Gil-Monte & Peiró, 1999), pelo que a clarificação e compreensão inequívoca das funções a realizar é essencial para reduzir o grau de ambiguidade possível e

optimizar o desempenho do indivíduo (Burke & Greenglass, 1995), até porque se correlaciona primeiramente com a desrealização (Gil-Monte & Peiró, 1995; Gil-Monte & Peiró, 1996) , e, em segundo, com a exaustão emocional (Gil-Monte & Peiró, 1999).

3.2.5.1.1.8. Dependência hierárquica. O estilo de supervisão e direcção usados pela organização, têm um impacto directo sobre os níveis de burnout (Cherniss, 1980). Um exercício de liderança que apenas transmite feedbacks negativos, tende obviamente a elevar o burnout, tal como o facto de um indivíduo depender hierarquicamente de mais do que uma pessoa (Duxbury & cols., 1984).

3.2.5.1.1.9. Autonomia. Para além do grau de autonomia no trabalho referido por Cherniss (1980), a percepção do controlo do trabalho realizado, bem como da liberdade de decisão e acção para o desenvolvimento adequado da função (Ensiedel & Tully, 1981; Lee & Ashforth, 1993b), manifestam-se também no burnout experimentado.

3.2.5.1.1.10. Controlo. O controlo sobre os diferentes aspectos e fases do trabalho, representa outro dos factores críticos, pois que quando o indivíduo tem a percepção de que não exerce um controlo satisfatório sobre os diferentes recursos que necessita, quer para realizar de forma eficiente o seu trabalho, quer para tomar uma decisão acerca da adequação dos métodos e processos à situação que se lhe apresenta, o burnout tende a instalar-se de um modo mais incisivo (Maslach & Leiter, 1997; Rijk & cols., 1998; Demeuroti & cols., 2001; Maslach, & cols., 2001).

3.2.5.1.1.11. Participação nas decisões. Para Pretorius (1993) e Burke e Greenglass (1994 / 1995), é importante envolver o indivíduo no sentido de se exprimir acerca daquilo que convém fazer ou não relativamente ao posto de trabalho que ocupa, sendo nesta perspectiva que Kanter (1993) e Demeuroti e cols. (2001), referem a participação activa nos processos de tomada de decisão como forma de não despoletar o burnout.

3.2.5.1.1.12. Especificidade. Quando a especificidade do posto de trabalho faz com que não exista ninguém com quem partilhar as dúvidas e problemas que se vão

colocando no decurso do exercício profissional, é mais provável vir a padecer-se de burnout (Burke & Greenglass, 1995).

3.2.5.1.1.13. *Interacção com os clientes / utentes.* Quanto maior o grau de interacção com os clientes ou utentes, maior a probabilidade de atritos e conflitos (Cherniss, 1980; Burke & Richardsen, 1991; Lee & Ashforth, 1993b; Cordes & Dougherty, 1993).

3.2.5.1.2. *Características organizacionais.* As características de uma organização dizem respeito a todos aqueles aspectos que a configuram, caracterizam e definem, tais como a sua estrutura, socialização, apoio social, recompensa e vínculo laboral. A mesma função executada por duas pessoas idênticas em organizações distintas, por exemplo, não resulta necessariamente em índices de burnout semelhantes.

3.2.5.1.2.1. *Estrutura.* O grau de flexibilidade ou rigidez que caracterizam a estrutura de uma organização, tem repercussões ao nível das rotinas de trabalho, dos processos de tomada de decisão e do grau de criatividade experimentado para a resolução dos diferentes problemas, pelo que o nível de burnout experimentado pelos indivíduos se tende a elevar (Brissie & cols., 1988; Friedman, 1991).

3.2.5.1.2.2. *Socialização.* O processo de socialização laboral tem repercussões no desenvolvimento de todo um conjunto de atitudes face ao trabalho que são passados através da cultura, clima e processos de comunicação da organização (Gil-Monte & Peiró, 1999). Esta socialização pode ser observada no âmbito da cultura, clima e comunicação, tal como se pode observar de seguida.

3.2.5.1.2.2.1. *Cultura.* Para Winnubst (1993), a cultura de uma organização representa uma das variáveis que se correlaciona directamente com os níveis de burnout desenvolvidos pelos trabalhadores. Gil-Monte e Peiró (1999), interrogam-se mesmo acerca dos indicadores e critérios que permitam identificar uma organização como queimada pelo trabalho.

3.2.5.1.2.2.2. *Clima.* O grau de ambiguidade encontrado no relacionamento com as chefias e com os colegas, muitas vezes promovido pela própria organização, determina um clima laboral favorável ao desenvolvimento do burnout (Usprung, 1986; Sarros, 1988; Sandoval, 1993; Winnubst, 1993).

3.2.5.1.2.2.3. Comunicação. A qualidade do processo comunicacional contribui para o não desenvolvimento do burnout (Sarros & Friesen, 1987), particularmente no factor que se refere à realização pessoal (Sarros, 1988).

3.2.5.1.2.3. Apoio Social. Basicamente, tem a ver com o dinamismo organizacional actuado no sentido de uma maior prestação de apoio por parte das chefias, supervisores e colegas de trabalho (Cherniss, 1980; Burke & Richardsen, 1991; Cordes & Dougherty, 1993; Kanter, 1993; Lee & Ashforth, 1993b; Pretorius, 1993; Freedly & Hobfoll, 1994; Burke & Greenglass, 1995; Gil-Monte & Peiró, 1996). Para Gil-Monte e Peiró (1999), o apoio social providenciado pelos colegas constitui um preditor importante das dimensões emocional e atitudinal do MBI, representando um bom preditor quer da exaustão emocional (Gil-Monte & Peiró, 1995), quer da despersonalização (Gil-Monte & Peiró, 1995). Greenglass, Fiksenbaum e Burke (1994) e Demeuroti e cols. (2001), consideram mesmo que um suporte social de qualidade tem um efeito preventivo quanto ao desenvolvimento do burnout, e conduz à melhoria daqueles indivíduos que já padecem deste síndrome.

3.2.5.1.2.4. Recompensa. A inexistência, atraso ou inadequação de recompensas económicas ou sociais, conduz à desmotivação ou percepção de ineficácia (Maslach & Jackson, 1984; Burke & Richardsen, 1991). Não é pois de estranhar que a recompensa constitua outro dos factores críticos enunciados por Maslach e Leiter (1997), que se repercute no desenvolvimento do burnout, particularmente quando o indivíduo não apresenta uma motivação interna suficientemente forte para concretizar as suas tarefas (Maslach & cols., 2001).

3.2.5.1.2.5. Vínculo laboral. A natureza do acordo, vínculo ou contrato de trabalho estabelecidos, bem como as possíveis reestruturações organizacionais como forma de adaptação ao mercado de trabalho, são aspectos associados ao grau de segurança experimentado pelo indivíduo, e, conseqüentemente, reflectem-se numa maior ou menor propensão para o burnout (Wade & cols., 1986).

3.2.5.2. Variáveis preditoras ao nível pessoal

Referem-se a todas aquelas variáveis que não estão relacionadas directa ou indirectamente com o trabalho, antes se relacionam directamente com os aspectos

personais, personalísticos, afectivos, atitudinais e cognitivos do indivíduo (Cherniss, 1980; Maslach & Jackson, 1984; Maslach e Leiter, 1988 / 1997; Leiter & Harvie, 1996; Layman & Guyden, 1997; Maslach & Godberg, 1998), e se se estruturam em duas subcategorias que reflectem as diferentes características intrapessoais (idade, sexo e personalidade) e interpessoais (família, amigos, organização e sociedade).

3.2.5.2.1. Características intrapessoais. São todas aquelas variáveis que remetem o indivíduo para a relação consigo próprio nos diferentes contextos da sua vida. Gil-Monte e Peiró (1999), defendem que são necessários estudos de natureza meta-analítica sobre a relação entre as diferentes dimensões do MBI com as variáveis sociodemográficas, uma vez que os dados resultantes da revisão dos diferentes estudos não é consensual. De acordo com Gil-Monte (2005), as investigações que procuram uma relação do burnout com o estado civil, o número de filhos e a formação académica, são inconclusivas.

3.2.5.2.1.1. Idade. Quanto à influência da idade no desenvolvimento do burnout, verifica-se que as conclusões das diferentes investigações não são consensuais (Gil-Monte, 2005). Assim, para alguns autores, a experiência e maturidade associadas à idade parecem contribuir para uma melhor gestão das diferentes pressões sentidas ao longo do ciclo vital, nos diferentes contextos em que o indivíduo se insere, em que quanto menor é a faixa etária de um trabalhador, maior é a sua propensão para o burnout (Gould, 1980), o que para Super (1957) talvez tenha a ver com a estabilização profissional e para Gil-Monte (2005) com o papel mediatizador proporcionado pelo desenvolvimento de estratégias de enfrentamento adequadas à gestão do burnout – que se evidenciam particularmente a partir dos cinquenta anos. Já para Olmeda, García e Morante (1998), os efeitos da idade sobre as diferentes dimensões do burnout relacionam-se de um modo curvilíneo. Contudo, para Gil-Monte e cols. (1996), a idade correlaciona-se de um modo linear e positivo com a exaustão emocional.

3.2.5.2.1.2. Sexo. Quando se considera o burnout na sua totalidade, seja em homens ou mulheres, não se encontram diferenças significativas no que concerne à relação do sexo com o burnout (Da Silva & cols., 1999; Etzion & Pines, 1986; Etzion, 1988; Gil-Monte & cols., 1996; Greenglass, 1991; Hiscott & Connop, 1989; Izraeli, 1988), particularmente naqueles aspectos que se prendem com a

realização pessoal (Gil-Monte, 2005). De acordo com alguns autores, as diferenças que caracterizam os géneros masculino e feminino, traduzem-se em distintos desenvolvimentos deste síndrome.

3.2.5.2.1.2.1. Género feminino. No que respeita à mulher, a maior propensão que esta apresenta quer para o conflito profissional aos níveis do papel que desempenha e no desenvolvimento de um quadro depressivo, quer para a ineficácia da gestão da relação da família com o trabalho, constituem variáveis que poderão conduzir ao incremento do burnout (Etzion & Pines, 1986; Fuehrer & McGonagle, 1988; Gould, 1980; Greenglass, Pantony & Burke, 1988; Kushnir & Melamed, 1992; Leiter & cols., 1994; Pines & Kafry, 1981; Seidman & Zager, 1991). No que se refere à exaustão emocional, Brondolo e cols. (1998), Durán e cols. (2001), Maslach e Jackson (1985 / 1986), são da opinião que as mulheres desenvolvem um maior cansaço emocional comparativamente com os homens, tal como tendem também a evidenciar uma maior desrealização (Maslach & Jackson, 1985 / 1986).

3.2.5.2.1.2.2. Género masculino. Nos estudos observados é consensual que o homem tende a elevar mais a despersonalização (Williams, 1989; Greenglass, & cols., 1990; Gil-Monte & Peiró, 1999; Maslach & Jackson, 1985 / 1986), embora esta tendência não se evidencie aos níveis da exaustão emocional e da desrealização (Gil-Monte, 2005). Contudo, para Caballero, Bermejo, Nieto e Caballero (2001) e Chacón e cols. (1999), o género masculino obtém resultados superiores aos das mulheres quanto à exaustão emocional.

3.2.5.2.1.3. Personalidade. Conforme salientam Friedman (1991), Huebner (1993) e Moreno e Olivier (1993), a relação dos traços de personalidade com o burnout é consensual na comunidade científica. De acordo com o modelo de personalidade dos *big five* que integra os factores extroversão, amabilidade, rigidez, neuroticismo ou instabilidade emocional, e abertura mental e a novas experiências (Caprara, Barbaranelli & Borgogni, 1998), e a procura de uma relação com os factores do MBI, conclui-se que a exaustão emocional tem como preditores o neuroticismo e a extroversão, enquanto que a realização pessoal no trabalho tem na sua origem a abertura à experiência e a extroversão, e, por último, a despersonalização correlaciona-se negativa e significativamente com a

afabilidade, em particular, mas também com a extroversão e a abertura à experiência (Deary, Watson & Hogston, 1996; Zellars & Perrewé, 2001; Zellars, Perrewé & Hochwater, 2000). Para Eastburg, Williamson, Gorsuch e Ridley (1994), a extroversão influencia ainda o tipo de apoio social percebido como providenciado pelos colegas e tende a reflectir-se na diminuição da exaustão emocional sentida. A personalidade, na sua relação com o burnout, pode ser ainda observada na sua resistência, tipo e autoeficácia.

3.2.5.2.1.3.1. Personalidade resistente. Muitos autores falam de uma personalidade resistente como uma variável que modula a relação entre o stress ocupacional e o burnout (Gil-Monte, 2005; Nowack, 1986; Rich & Rich, 1987), pois que se correlaciona negativamente com a incidência deste síndrome (Boyle, Grap, Younger & Thornby, 1991; Topf, 1989; Van Servellen, Topf & Leake, 1994; Papadatou & cols., 1994). Esta personalidade caracteriza-se quer por um maior controlo do meio ambiente – que assenta na crença de se ser capaz de influenciar as situações e os resultados das suas acções, e em termos práticos se traduz na procura de explicações objectivas e na responsabilização pessoal face a situações avaliadas negativamente -, quer na actuação de uma atitude de enfrentamento perante os diferentes desafios da vida – em que a flexibilidade cognitiva permite aceitar que a mudança é aquilo que mais caracteriza a vida e representa ainda uma oportunidade de desenvolvimento e de novas vivências -, quer ainda no desenvolvimento de um forte sentimento de compromisso para consigo próprio, o trabalho, a família, as relações interpessoais e as instituições sociais (Kobasa, Maddi & Courington, 1981; Kobasa, Maddi & Kahn, 1982). No que respeita ao processo de instalação do burnout, verifica-se que os indivíduos com uma personalidade resistente são aqueles mais realizados pessoalmente ao nível do trabalho, e com uma menor propensão para a exaustão emocional e a despersonalização (Langemo, 1990; Moreno, Garrosa & González, 2000).

3.2.5.2.1.3.2 Personalidade do tipo A. No que se refere à personalidade, existe um padrão personalístico que merece a designação de “personalidade do tipo A” e que, se por um lado, reflecte o gosto pela adrenalina encontrado na competitividade, a impaciência, a rapidez, a inquietude, a agressividade, a

procura do êxito, a disciplina e a hiperresponsabilidade, por outro lado, reflecte-se numa maior predisposição para o burnout (Papadatou & cols., 1994; Aluja, 1997). Estes sujeitos tendem a desenvolver um maior burnout, particularmente pela elevação dos níveis de exaustão emocional e de despersonalização, uma vez que a sua orientação axiológica individualista fragiliza as interrelações pessoais e compromete a qualidade das redes sociais de apoio (Nagy & Davis, 1985). Já para Gil-Monte (2005), o burnout num indivíduo com uma personalidade do tipo A, resulta essencialmente da sua maior aproximação à organização em todas as suas dimensões, aspectos que se reflectem num maior compromisso para com esta e na consequente sobrecarga laboral, entre outros aspectos, e numa menor disponibilidade para a realização de exercício físico e actividades de lazer, práticas reforçadoras da resistência ao burnout.

3.2.5.2.1.3.3. Autoeficácia. Refere-se às crenças do indivíduo acerca das capacidades que tem para a consecução dos resultados desejados com algum grau de segurança, e à consequente influência no modo como este percebe a sua autoeficácia, ao nível dos objectivos que estabelece para si próprio, bem como ainda ao nível das reacções afectivas que desenvolve antes da realização de uma determinada tarefa (Bandura, 1987).

As crenças de autoeficácia podem ter a ver, quer com um reforço de natureza interna, que assim assume a forma do condicionamento operante de Skinner (1989), em que a percepção de eficácia de um dado comportamento emitido inferida do sucesso pessoal se manifesta na alteração dos estados afectivos e emocionais e constitui um reforço do comportamento operado, quer com um conjunto de aprendizagens realizadas no contexto interpessoal, seja pela imitação de modelos comportamentais bem sucedidos, seja pela persuasão e activação de reforços antecedentes e consequentes de natureza positiva, actuados no sentido de levar os indivíduos a acreditar nas suas próprias capacidades (Bandura, 1997).

É pois natural que o sentimento ou crença de uma menor autoeficácia na organização e actuação dos comportamentos necessários para a consecução dos resultados desejados, possa fragilizar a confiança do indivíduo e conduzi-lo

a um maior burnout (Cherniss, 1980; Leiter, 1992, Gil-Monte & Peiró, 1996 / 1999; Gil-Monte, 2005). Para Jackson e cols. (1986), quando esta percepção de auto-eficácia coexiste em paralelo com o suporte ou apoio organizacional, a possibilidade de ocorrer a “despersonalização” do indivíduo é significativamente menor.

Para Gil-Monte (2005), as crenças de autoeficácia das pessoas integram todo um conjunto de características pessoais, em que se incluem não só os diferentes modelos de relacionamento interpessoal e de gestão dos conflitos, como também o autoconceito e a expressão e o controlo das emoções individuais, pelo que representam um dos maiores motivadores e stressores pessoais. Deste modo, torna-se então importante compreender a autoeficácia no que se refere ao locus de controlo (interno ou externo), autoconceito, expectativas pessoais e filosofia de vida.

3.2.5.2.1.3.3.1. Locus de controlo. As investigações realizadas no sentido de compreender qual das modalidades de locus de controlo prevalece no que se refere ao desenvolvimento do burnout, concluem que são os indivíduos que actuam preferencialmente um locus de controlo externo, quem mais facilmente elevam os níveis de burnout (Capel, Sysley & Desertrain, 1987; Fuqua & Couture, 1986; McIntyre, 1984; Revicki & May, 1983; Schmitz, Neumann & Oppermann, 2000; Wilson & Chiwakata, 1989).

3.2.5.2.1.3.3.1.1. Interno. Tem a ver com a crença de que as diferentes situações e consequentes resultados dependem das próprias decisões e acções (Gil-Monte, 2005), que se traduz na actuação de estratégias de enfrentamento perante situações problemáticas e stressantes (Leiter, 1991a), que assim assumem um carácter preventivo do burnout (Duquette, Kéroutac, Sandhu, Ducharme & Saulnier, 1995; Sears, Urizar & Evans, 2000). Para Kushnir e Melamed (1992), é precisamente a adopção de estratégias do tipo escapista em substituição das de enfrentamento que resulta na instalação do burnout.

3.2.5.2.1.3.3.1.2. Externo. Assenta na crença que os diferentes eventos e consequências são controlados por forças externas como o destino e as

outras pessoas (Gil-Monte, 2005), pelo que quanto menos controlo um indivíduo acredita ter, maior será o burnout observado, particularmente face a situações ambíguas ou exigentes em que se actua um comportamento de fuga ou evitamento (Leiter, 1991a). Esta indefesa aprendida constitui um paradigma que muitas vezes tem a ver com o facto do indivíduo não ter qualquer controlo sobre uma situação que percebe como aversiva (Ensiedel & Tully, 1981).

3.2.5.2.1.3.3.2. Autoconceito. O conceito que um indivíduo tem por si e o modo como se representa e considera, podem ter um efeito contagiante positivo que se reflecte na actuação de comportamentos que o afastam do burnout (Gould, 1980), ou um efeito negativo nos diferentes contextos em que o indivíduo se insere, e, consequentemente, resultar no padecimento por burnout (Friedman & Farber, 1992, Sarros & Friese, 1987). Watson e Clark (1984), falam mesmo de uma afectividade negativa como uma das variáveis que integra a personalidade de uma pessoa, e que se traduz num modo depreciativo de olhar para si e para o mundo, pelo que não é de estranhar a correlação encontrada quer com a exaustão emocional (Wright & Cropanzano, 1998), quer com o sentimento de despersonalização (Smith & Tziner, 1998).

3.2.5.2.1.3.3.3. Expectativas pessoais. As expectativas têm sempre um carácter pessoal, e basicamente têm um papel orientador do comportamento do indivíduo para a consecução dos interesses e motivações que mascaram, pois que dizem respeito aos diferentes acontecimentos que marcam a vida de uma pessoa, pelo que se forem frustradas é natural que tal se reflecta num incremento do burnout (Jackson & cols., 1986; Cordes & Dougherty, 1993).

3.2.5.2.1.3.3.4. Filosofia de vida. Quanto menos exigente fôr o indivíduo com a vida, naquilo que esta comporta de mais importante, mais satisfeito e feliz se sentirá, e menos propensão terá para o burnout (Golembiewski & Munzenrider, 1988; Lee & Ashforth, 1993a / 1993b).

3.2.5.2.2. Características interpessoais. Falam da integração e do relacionamento do indivíduo nos diferentes contextos a que pertence (família, amigos, organização e

sociedade), e que exercem uma pressão para a uniformidade de comportamentos, pelo que apresentam um papel modulador nos comportamentos actuados.

3.2.5.2.2.1. Família. As diferentes relações familiares possíveis, quando de índole positiva e orientadas para o apoio, exercem um efeito inibidor sobre o burnout (Smith, Birch & Marchant, 1984; Dignam, Barrera & West, 1986; Leiter, 1990 / 1992; Demeuroti & cols., 2001).

3.2.5.2.2.2. Amigos. As relações que se mantêm com os amigos podem fomentar um ambiente e uma vida agradável para o indivíduo, tornando tudo mais fácil ou mais difícil pela qualidade do suporte encontrado junto destes, pelo que os amigos exercem um enorme impacto ao nível do burnout (Sarros & Friesen, 1987; Sarros, 1988; Demeuroti & cols., 2001)

1.2.5.2.2.3. Organização

No âmbito da organização, foram encontradas referências bibliográficas relativas ao sentimento de pertença, partilha de crenças e valores, sentimento de equidade, compromisso, expectativas laborais, competência profissional percebida e adicção no trabalho.

3.2.5.2.2.3.1. Sentimento de pertença. Designado de sentimento de comunidade por Maslach e Leiter (1997), e Maslach e cols. (2001), o sentimento de pertença ao nível organizacional representa outro dos factores críticos relacionados com o burnout, uma vez que a falta de relações interpessoais de qualidade e promotoras de um bom suporte afectivo, respeito, humor, etc., se repercutem no isolamento do indivíduo, que assim se torna mais vulnerável ao desenvolvimento do burnout.

3.2.5.2.2.3.2. Partilha de crenças e valores. Quanto maior a concordância das crenças e valores individuais com as crenças e valores efectivamente praticados pela organização, maior a gratificação experimentada (Maslach & Leiter, 1997; Maslach & cols., 2001). Consequentemente, a obrigatoriedade de no decorrer do exercício profissional se actuar todo um conjunto de valores e crenças contrárias às do indivíduo, aumenta o risco de burnout.

3.2.5.2.2.3.3. Sentimento de equidade. Tem a ver com a percepção de que todas as pessoas são tratadas de um modo justo e igualitário (Usprung, 1986). A equidade representa mais um dos factores críticos referidos por Maslach e Leiter (1997), e diz respeito quer à carga laboral, quer à distribuição de incentivos, quer ainda às oportunidades de promoção, cujo desrespeito se traduz na exaustão emocional e se manifesta no cinismo comportamental (Maslach & cols., 2001).

3.2.5.2.2.3.4. Compromisso. Refere-se à energia, dedicação e atenção canalizadas para o trabalho, que se repercutem ao nível da implicação e eficácia laborais (Schaufeli & Enzmann, 1998), e visam uma maior realização no trabalho (Pretorius, 1993; Reilly, 1994), pelo que um baixo compromisso corresponderia a um maior índice de burnout (Miller, Birkholt, Scott, & Stage, 1995).

3.2.5.2.2.3.5. Expectativas laborais. O trabalho realizado por um indivíduo, é sempre observado e avaliado de acordo com as expectativas formadas aquando da admissão à organização (Greenglass & cols., 1990; Burke & Greenglass, 1995). Os diferentes desafios, situações e problemas que caracterizam o quotidiano laboral, muito embora sejam avaliados de modo distinto pelas pessoas, positiva ou negativamente, impõem metas e expectativas que todos gostam de sentir resolvidas e reconhecidas, pois que de outra forma se instala o desenvolvimento de burnout (Maslach & Jackson, 1984; Friedman, 1991; Cordes & Dougherty, 1993; Merín, Cano, & Miguel, 1995).

3.2.5.2.2.3.6. Competência profissional percebida. Para Lee e Ashforth (1990), quanto maior a percepção de competência no exercício profissional, menor a incidência do burnout. Este factor é designado por Gil-Monte e Peiró (1999) de autoconfiança, correlacionando-se de um modo positivo com a realização sentida no exercício profissional, e, para Gil-Monte e Peiró (1996) tem um efeito modulador na relação existente entre a ambiguidade do papel e a realização pessoal no trabalho.

3.2.5.2.2.3.7. Adicção no trabalho (*Workaholic*). É um fenómeno relativamente recente que se refere à dedicação extrema ao trabalho, que assim se sobrepõe a

todos os outros contextos, pelo que não é de estranhar que estes indivíduos tenham maiores índices de burnout (Nagy & Davis, 1985). Contudo, o vigor e energia colocadas na realização do trabalho, o entusiasmo e dedicação às diferentes tarefas que o integram, bem como o grau de envolvimento e atenção com que se executa a função, configuram um conjunto de factores que reflecte a implicação e eficácia laborais, e que se correlaciona de um modo negativo com o padecimento de burnout (Schaufeli & Enzmann, 1998).

3.2.5.2.2.4. Sociedade. De um modo geral, aquelas pessoas que demonstram e actuam um interesse genuíno em contribuir activamente para o bem estar dos outros, participando activamente na sociedade, tendem a desenvolver um menor burnout (Smith, 1986).

3.2.5.3. Variáveis consequentes ao nível profissional

As consequências do burnout relacionam-se com um conjunto de variáveis específicas, que se manifestam aos níveis pessoal e profissional, e que interessam identificar e compreender antes de delinear qualquer intervenção (Gil-Monte & Peiró, 1999). Para estes autores, a exaustão emocional é a dimensão que mais se destaca quando se observa o burnout ao nível das suas consequências. A desconstrução das consequências profissionais aos níveis do posto de trabalho e da organização, é também um exercício meramente académico que procura dar conta do modo como o burnout se manifesta.

3.2.5.3.1. Ao nível do posto de trabalho. A insatisfação no desempenho do posto de trabalho (Burke & Greenglass, 1995, Lee & Ashforth, 1996), resulta no desenvolvimento de atitudes negativas quer face ao trabalho, que assim tenderia a ser considerado menos estimulante e realizante (Cherniss, 1980, 1993), quer face aos clientes ou utentes (Izquierdo, 1991). Para Gil-Monte e Peiró (1999), a satisfação laboral correlaciona-se de um modo significativo com as três dimensões que integram o burnout, particularmente com a exaustão emocional. Basicamente, o indivíduo distancia-se das suas obrigações e responsabilidades laborais, adoptando comportamentos que evidenciam a desvinculação que desenvolveu no âmbito profissional (Demeuroti & cols., 2001), em que a insatisfação, o desgaste e

a quebra do compromisso, reflectem um conjunto de consequências directas do burnout com repercussões muito próprias para o indivíduo e para a organização em que desenvolve a sua actividade (Tamayo & Troccoli, 2002).

3.2.5.3.2. Ao nível da organização. No que respeita à organização, entre as diferentes consequências com um impacto directo ao nível da gestão dos seus objectivos, encontram-se as interferências burocráticas (Cherniss, 1980), diminuição do desempenho laboral (Freudenberger & Richelson, 1980; Maslach & Jackson, 1982; Yaniv, 1995; Maslach & Leiter, 1997; Olabarria, 1995; Wisniewski & Gargiulo, 1997), deterioração da moral e maior rotatividade (Maslach, 1978; Pines & cols., 1981; Smith & Nelson, 1983; Burke, 1993; Ross, 1993), absentismo (Maslach, 1978; Jackson & cols., 1986; Burke & Greenglass, 1995; Wisniewski & Gargiulo, 1997), intenção de se despedir (Lee & Ashforth, 1996; Gil-Monte & Peiró, 1999; Thompson, Beauvais & Lyness, 1999), fragilização ou quebra do compromisso para com a organização (Lee & Ashforth, 1993a /1996). Para Roach (1994), o compromisso refere-se à ligação psicológica do indivíduo com a organização, e resulta da interiorização das atitudes e valores que integram a sua cultura, razões por que a interiorização, identificação e conformismo com os valores organizacionais, exercem um efeito moderador sobre o stress e o burnout desenvolvidos. Gil-Monte e Peiró (1999), encontram ainda uma relação da propensão para o absentismo com as diferentes dimensões do burnout, particularmente com a exaustão emocional, enquanto que Tamayo e Troccoli (2002), referem o absentismo, o abandono do emprego e a baixa produtividade, como o conjunto de factores com maior impacto para a organização.

3.2.5.4. Variáveis consequentes ao nível pessoal

Gil-Monte e Peiró (1997), sistematizam a sintomatologia com consequências individuais ao nível emocional (ansiedade, sentimentos de solidão, alienação, impotência e onipotência), atitudinal (atitudes desenvolvidas como reacção ao síndrome e que configuram os aspectos cognitivos por detrás dos comportamentos actuados, tais como o cinismo, apatia, hostilidade, não verbalização), comportamental (manifestações desenvolvidas nos diferentes contextos interpessoais,

tais como agressividade, isolamento, mudanças bruscas de humor, insatisfação e irritabilidade) e psicossomático. Mais uma vez, a distinção que aqui se faz refere-se às consequências observadas ao nível intrapessoal (físicas e psíquicas) e ao nível interpessoal (família, amigos, profissão e sociedade).

3.2.5.4.1. Ao nível intrapessoal. Para Demeuroti e cols. (2001), a exposição prolongada do indivíduo a todo um conjunto de solicitações laborais desajustadas aos recursos de que este pode dispor para as satisfazer, tem por consequência a instalação de uma tensão permanente, que se desenvolve simultaneamente aos níveis físico, afectivo e cognitivo, e que resulta na exaustão ou esgotamento do indivíduo.

3.2.5.4.1.1. Físicas. Deterioração geral do bem-estar físico, maior propensão para adoecer, insónia, úlceras e dores de cabeça (Maslach, 1976 / 1978), constipações, gripes, cefaleias (Aluja, 1997), alteração da tensão arterial, tensão muscular, cansaço crónico e suicídio (Maslach & Leiter, 1997). Gil-Monte e Peiró (1997), agrupam as diferentes respostas psicossomáticas em algias (enxaquecas, dores cervicais, nas costas, no estômago), manifestações neurovegetativas (palpitações, taquicardias, hipertensão, tremor das mãos), fenómenos psicossomáticos característicos (alergias, crises asmáticas, úlceras, diarreia) e outras manifestações (fadiga, insónia, catarro, infecções, alterações menstruais). Para Gil-Monte e Peiró (1999), os diferentes problemas de saúde têm uma relação significativa com a exaustão emocional.

3.2.5.4.1.2. Psíquicas. Sentimento permanente de frustração (Freudenberger, 1986), ansiedade (Greenglass & cols., 1990; Friedman, 1991), raiva, indignação e aborrecimento (Friedman, 1991), sentimentos de inferioridade e resignação, infelicidade (Aluja, 1997; Burke & Richardsen, 1991; Friedman, 1991), disfunções ao nível do comportamento (Cordes & Douguerty, 1993), consumo excessivo de fármacos, drogas e álcool (Burke, 1993; Lemkau, Purdy, Rafferty & Rudisill, 1988; Maslach & Leiter, 1997) e depressão (Aluja, 1997; Burke & Richardsen, 1991; Friedman, 1991; Greenglass & cols., 1990; Huebner, 1993; Jackson & Maslach, 1982; Jayaratne & Chess, 1983; Kahhill, 1988; Leiter & Durup, 1994; Lemkau &

cols., 1988; Firth, McKeown, McIntee & Britton, 1987; Revicki, May & Whitley, 1991). Para Leiter e Durup (1994), apesar de algumas semelhanças sintomáticas entre o burnout e a depressão, estes constructos constituem transtornos diferentes.

3.2.5.4.2. Ao nível interpessoal. O burnout manifesta-se particularmente na deterioração das relações interpessoais (Huebner, 1993), e no desenvolvimento quer de sentimentos de culpabilidade em relação à sua actuação pessoal, organizacional e social (Burke & Richardsen, 1991; Friedman, 1991), quer de atitudes negativas face aos diferentes contextos em que o indivíduo se insere, como a família, os amigos, a organização e a sociedade (Burke & Deszca, 1986; Freudenberger, 1986; Izquierdo, 1991; Jackson & Maslach, 1982; Smith & Nelson, 1983), variáveis que se relacionam intimamente com a depressão.

3.2.5.4.2.1. Família. Em termos familiares, a irritabilidade, impaciência, desejo de estar só e incomunicável, frieza afectiva e separação, são as principais manifestações do burnout apontadas por Maslach (1982), pelo que o conflito conjugal se tende também a evidenciar (Maslach, 1982; Maslach & Leiter, 1997).

3.2.5.4.2.2 Amigos. No âmbito das relações interpessoais, o indivíduo tende a desenvolver todo um conjunto de atitudes negativas (Jackson & Maslach, 1982) e a mostrar-se impaciente e irritável (Maslach, 1982), mesmo junto das pessoas que lhe são mais próximas (Huebner, 1993).

3.2.5.4.2.3. Profissão. No contexto profissional, as consequências podem ser observadas ao nível do posto de trabalho e da organização.

3.2.5.4.2.3.1. Consequências para o posto de trabalho. Apesar do interesse pelo seu trabalho, o indivíduo mostra-se incapaz de o realizar de um modo eficaz ou com o rendimento de outrora (Freudenberger & Richelson, 1980; Garden, 1991; Maslach & Jackson, 1982; Yaniv, 1995), sem qualquer motivo objectivo identificável (Olabarria, 1995), podendo mesmo desenvolver atitudes e sentimentos negativos quer acerca do seu desempenho (Cherniss, 1980; Izquierdo, 1991; Jackson & Schuler, 1983),

quer para com o cliente, tratando-o de uma forma despersonalizada (Izquierdo, 1991), cínica e com desprezo (Maslach, 1982).

3.2.5.4.2.3.2. Consequências para a organização. A insatisfação quer para com aquilo que o indivíduo faz no seu posto de trabalho, quer para com a organização e o contexto de trabalho, é outras das formas de manifestação do burnout (Burke & Richarsen, 1991; Moreno & Rigueiro, 1997; Ross, 1993; Wolpin, Burke & Greenglass, 1991), que se pode observar seja ao nível dos sentimentos de esgotamento emocional e desrealização desenvolvidos pelo indivíduo (Burke, 1993) – em que a exaustão emocional se repercute ainda numa diminuição do compromisso para com o trabalho (Leiter, 1988b) -, seja ao nível do incumprimento das suas obrigações evidenciado em atrasos sucessivos e no absentismo (Huebner, 1993; Maslach & Jackson, 1981; Ross, 1993; Seidman & Zager, 1991) – em que o absentismo parece ocorrer como uma consequência involuntária e inevitável do burnout (Yaniv, 1995) -, seja ao nível do maior índice de rotação laboral e dos postos de trabalhos que os indivíduos com burnout tendem a evidenciar (Burke, 1993; Pines & cols., 1981; Ross, 1993), seja ainda ao nível da intenção de abandonar o trabalho ou do seu abandono real (Lee & Asforth, 1993a; Maslach & Jackson, 1984; Pines & cols., 1981).

3.2.5.4.2.4. Sociedade. Em termos sociais, pode observar-se quer uma manifestação de atitudes negativas face à vida tomada na sua generalidade (Huebner, 1993; Izquierdo, 1991; Smith & Nelson, 1983), quer uma dificuldade em desenvolver relações sociais (Maslach & Leiter, 1997), de que advêm uma diminuição da qualidade de vida e do bem-estar pessoal e social (Burke & Richardsen, 1991; Jackson & Maslach, 1982; Schwab, Jackson & Schuler, 1986).

A prevenção da síndrome de burnout nas organizações, deve pois passar pela sua aceitação enquanto um problema colectivo, uma vez que os seus custos se manifestam na deterioração intrapessoal e interpessoal, na maior rotatividade e absentismo, e ainda na menor qualidade ao nível do desempenho do trabalhador (Maslach, 1994; Maslach & Leiter, 1997).

Capítulo 4

VALORES, STRESS E BURNOUT EM ENFERMAGEM

4.1. Profissionalização e globalização dos serviços de saúde

As recentes transformações da saúde decorrentes do efeito da globalização, têm tido um enorme impacto no que respeita à enfermagem, que tem sido repensada aos níveis de uma educação, investigação e prática clínica sustentadas em novos modelos teóricos transculturais que para além da ética sublinham a importância dos valores, pelo que importa compreender antes de mais o processo de profissionalização dos cuidados em enfermagem com o objectivo múltiplo de procurar enquadrar e perspectivar um significado adequado a todas estas transformações.

Por outro lado, a preocupação com as despesas da saúde que tem caracterizado a última década, tem-se reflectido numa profunda reestruturação dos serviços de saúde, sobretudo ao nível da gestão dos deveres e responsabilidades dos enfermeiros e ao nível dos mecanismos de controlo da qualidade do serviço prestado (Lachinger, 2004), razões por que interessa repensar a enfermagem no enquadramento de todas as suas contingências, nomeadamente no que se refere à história da profissionalização dos cuidados de enfermagem, ao próprio conceito de enfermagem, e às consequências da globalização e reestruturação dos sistemas de saúde.

4.1.1. Abordagem histórica da profissionalização dos cuidados de enfermagem

A profissionalização dos cuidados de enfermagem teve por mentora Florence Nightingale (cit. por Potter & Perry, 2001), para quem o papel da enfermeira assentava no saber proporcionar ao doente as melhores condições possíveis, de modo a que a própria natureza actuasse na recuperação da doença.

Este enquadramento conceptual, que marcou ainda a distinção dos papéis da enfermagem e da medicina, persistiu por mais de 50 anos, sendo essencialmente assegurado por Virginia Henderson (cit. por Boittin, Lagoutte & Lantz, 2002), que preconizou um modelo de avaliação e assistência do paciente baseado em catorze necessidades fundamentais – de natureza biológica, psicológica e social –, que

formavam a totalidade da pessoa e que deveriam ser satisfeitas como forma de fomentar a retoma da sua independência.

Uma destas necessidades é precisamente a do ser humano actuar de acordo com as suas crenças e valores, através de regras de conduta interiorizadas ao longo do processo de socialização, em particular no decurso da infância, numa estruturação mental que integra os diferentes comportamentos, atitudes, ideias, crenças e valores, experienciados directa ou indirectamente, na singularidade de cada indivíduo e no modo como este percebe a realidade (Virginia Henderson, cit. por Potter & Perry, 2001, pag. 67).

Já Dorothy Johnson (cit. por Chartier, 1982), sob a influência da Teoria Geral dos Sistemas, observa o ser humano desconstruindo-o em 7 sub-sistemas, cada um com uma estrutura única e função diferenciada, que basicamente se referem aos comportamentos de ingestão, eliminação, agressão e protecção, sexualidade, dependência, afiliação e realização. Os cuidados de enfermagem assentariam assim na manutenção e restauração do equilíbrio e da estabilidade de cada um destes sub-sistemas.

A explicação da relação a estabelecer para que a prática de enfermagem seja eficaz nos diferentes níveis de intervenção e prestação de cuidados ao paciente, é proposta por Dorothea Orem (cit. por Johnson & Pamela, 2001). Para esta autora, todo o ser humano se regula pelo princípio da auto-suficiência por forma a reencontrar as suas próprias necessidades, sendo estes auto-cuidados que devem nortear toda a prática de enfermagem, conjuntamente com a Teoria Geral dos Sistemas.

Na linha do modelo desenvolvido pela Organização Mundial da Saúde para a definição dos cuidados de saúde primários, surge Moyra Allen (cit. por Potter & Perry, 2001), que propõe que a identificação, análise e interpretação dos dados recolhidos, resultem da consideração de um sistema que implique a enfermeira, o doente e a sua família. Esta abordagem da enfermagem é também partilhada por Sauvé e Paquette-Desjardins, (2002), para quem o exercício da enfermagem deveria consistir essencialmente na procura sistemática da resposta adequada a toda a ordem de

necessidades do doente e da sua família, no que respeita à compreensão e integração dos seus princípios, capacidades, potencialidades e forças.

Hildegard Peplau (1984), propõe um modelo de relação de ajuda a ser observado na prática quotidiana entre a enfermeira e o utente, que pode ser considerado como um processo de crescimento e troca recíproca, de que beneficiam ambas as partes, pois que a enfermeira tem a obrigação de investigar e interpretar todas as informações recolhidas sobre a vida e a situação do utente, para assim melhor o servir.

De acordo com Martha Rogers (1989), os cuidados em enfermagem devem constituir uma ciência, em que a observação da pessoa na sua totalidade e do meio envolvente, constituem campos de energia em perpétua interacção e em permanente mudança, pois que se tratam de sistemas abertos, pelo que a prestação de cuidados em enfermagem deve promover a interacção harmoniosa entre os campos de energia pessoais e ambientais (cit. por Allard & Landry, 1998).

Servindo-se dos conhecimentos biofísicos e biopsicossociais decorrentes da Teoria de Adaptação de Helson e da Teoria dos Sistemas de Von Bertalanffy, Calista Roy (1986) perspectiva a pessoa como um sistema que integra outros sub-sistemas ao nível físico e psíquico que, por um lado, tende a reagir a todo um conjunto de estímulos concretos, contextuais e residuais, e, por outro lado, responde em consonância com as suas capacidades de adaptação, integrando diferentes processos reguladores e cognitivos, segundo a sua condição de saúde, aspectos que se repercutiriam em diferentes responsabilidades ao nível da enfermagem.

Newman e Fawcett (2002), propõem um modelo de sistemas em que descrevem pormenorizadamente a noção de cuidados de saúde primários, secundários e terciários, em que a própria pessoa é observada como um sistema aberto com fronteiras delineadas por linhas de defesa flexíveis e em interacção com os stressores ambientais, que poderão ser de natureza intrapessoal, interpessoal e extrapessoal.

O processo de transformação por que tem passado o exercício da enfermagem, na procura da resposta aos crescentes progressos científicos assinalados no âmbito da

saúde tomada na sua generalidade, por um lado, e no decorrer das limitações da medicina enquanto ciência na apropriação de todos os novos saberes que têm vindo a emergir, por outro lado, leva a acreditar que num futuro próximo será de esperar que estas duas áreas de saber venham a ter as mesmas especialidades, pois que ambas se complementam nos distintos níveis de intervenção junto da pessoa doente.

A hipotética evolução no sentido de uma verdadeira convergência e complementaridade da medicina e da enfermagem, apresenta todavia obstáculos ao nível da história de cada uma destas ciências e no modo como tal se reflecte no contexto político-económico de cada país, ao nível da subordinação hierárquica e funcional que a enfermagem mantém também tacitamente com a medicina, e ainda porque para muitas pessoas a enfermagem constitui uma opção de recurso por não se ter entrado para o curso de medicina, ao invés de representar uma escolha vocacional.

4.1.2. O conceito de enfermagem

Para Yura e cols. (1976), a enfermagem tem a ver com o encontro do enfermeiro com o outro, seja na preservação de um estado de saúde óptimo, seja na providência dos cuidados adequados à doença de que se padece, que no caso de ser terminal se deve reflectir numa atitude de compreensão e bondade. As capacidades de observação, compreensão, prestação dos cuidados necessários, eficácia comunicacional e transmissão e actuação dos saberes de uma forma orientada para a especificidade do outro e da sua doença, a par de uma intervenção sistémica junto da família do doente, são algumas das competências dos enfermeiros.

Também para Boore (1981), a principal competência em enfermagem é a adequação dos cuidados prestados, por forma a otimizar o funcionamento dos indivíduos e grupos na saúde e na doença, desde a concepção até à morte.

Os objectivos da enfermagem devem ser perspectivados de acordo com os diferentes factores biológicos, psicológicos e sócio-culturais, e, orientados não só para a promoção, manutenção e restabelecimento da saúde, como também para o respeito absoluto das necessidades e direitos das pessoas a que se prestam os devidos cuidados de saúde (Brunner, 1983).

É importante que os profissionais de enfermagem actuem diferentes estratégias psicológicas adequadas à especificidade das situações e casos com que se vão deparando no seu exercício profissional, e tenham ainda a consciência que a manifestação de atitudes empáticas em que se colocam no lugar do outro, comportam grandes benefícios, não só para a pessoa que cuidam, como também para eles próprios (Zurriaga & Luque 1995).

Para McIntyre (1994), é inconcebível pensar-se na optimização dos cuidados de saúde sem se repensar nos diferentes factores organizacionais e sócio-emocionais que afectam os profissionais de saúde, nomeadamente os médicos e enfermeiros. Neste sentido, Zurriaga e Luque (1995) referem que a gestão dos recursos humanos ao nível da enfermagem nas instituições hospitalares, deve passar quer pela criação de boas condições de trabalho, quer pelo reconhecimento e aproveitamento das suas competências, quer pela identificação de necessidades de formação e promoção de programas de educação orientados para a prestação de melhores cuidados, quer ainda pelo reconhecimento e estabelecimento de programas de aconselhamento psicológico.

É pois importante que as enfermeiras procurem desenvolver as suas habilidades sociais e as suas capacidades pessoais e profissionais, para que possam, por um lado, cuidar melhor das pessoas que servem e, por outro lado, instrumentalizarem-se para não se limitarem e circunscreverem ao cumprimento das prescrições médicas (Sousa, 1996).

4.1.3. A globalização e a reestruturação dos sistemas de saúde

De acordo com Priester (1995), os objectivos primordiais ao nível dos cuidados de saúde são a promoção da eficiência, a facilitação do acesso aos diferentes serviços de saúde, a melhoria da qualidade dos cuidados prestados, a preservação da liberdade de escolha e a protecção dos cuidados do utente.

Contudo, nos tempos que decorrem, os vários serviços e postos de trabalho ao nível da saúde têm vindo a ser repensados e redesenhados, por forma a possibilitarem seja uma distinção mais objectiva entre os diferentes papeis profissionais, seja uma

intervenção mais eficaz em termos das capacidades actuadas, seja ainda uma alteração dos limites tradicionais de uma função (Doyal & Cameron, 2000).

Segundo Borges, Argolo, Pereira, Machado, e Silva, (2002), o processo de globalização tem-se repercutido em profundas transformações sociais que, ao nível das organizações de saúde, se traduzem em novos estilos de gestão, alteração do vínculo para com a entidade patronal, enriquecimento e flexibilização dos postos de trabalho, responsabilização, qualificação e desenvolvimento de novas competências do trabalhador, exercício profissional de qualidade, maior autonomia e dinamismo, criatividade, capacidade de reflexão, compromisso, saúde, etc. Na opinião destes autores, toda esta conjuntura sócio-político-económica obriga as instituições de saúde a repensarem não apenas o papel que ocupam na sociedade, como também o tipo de relação e vínculo que querem estabelecer com os utentes.

4.1.3.1. Consequências para a enfermagem da globalização e reestruturação dos sistemas de saúde

No que respeita à enfermagem, a reestruturação dos cuidados de saúde pode interferir com os objectivos desde há muito estabelecidos, pois que os actuais valores das instituições de saúde tendem cada vez mais a entrar em conflito com os valores dos profissionais de enfermagem (Priester, 1997), pelo que seria importante envolver as enfermeiras na redefinição do sistema de saúde, definindo e operacionalizando aqueles valores profissionais por que se devem nortear em todos os processos de tomada de decisão (Schank & Weis, 2001).

Para Dolan e Garcia (1999), a eficácia dos sistemas de saúde deve passar não só pelo conhecimento dos valores dos enfermeiros e dos valores da organização em que estes desenvolvem a sua actividade e que configuram a sua missão, como também pela aproximação destes profissionais com as organizações em que exercem a sua actividade.

Não é pois de estranhar que as mudanças ao nível da cultura dos sistemas de saúde, tenham originado investigações acerca da segurança, custos e taxa de recuperação dos utentes, sendo agora necessário estudar as alterações axiológicas por

detrás do novo papel exigido aos profissionais de enfermagem (Faithfull & Hunt, 2005), pois só salvaguardando o humanismo que sempre caracterizou o acto de cuidar é que estes profissionais são capazes de continuar a cooperar efectivamente uns com os outros (Kikuchi, 2005).

Para além da preservação desta conceptualização humanista que perspectiva as pessoas na sua natureza saudável, a globalização do conceito de saúde depende também de uma fundamentação teórica transcultural (Kikuchi, 2005). Deste modo, a qualidade dos serviços prestados ao nível da enfermagem deve assentar no compromisso destes profissionais contribuírem para a construção de uma comunidade global, promotora da inclusão, respeito e igualdade de acesso à saúde, o que só é possível intervindo simultaneamente aos níveis da educação, investigação e exercício clínico (Anahid, 2006).

É pois neste enquadramento conceptual, que deve ser compreendido o carácter imperioso da necessidade de uma abordagem teórica dos valores em enfermagem, seja na sua dimensão mais moral e ética, seja na sua dimensão axiológica pela procura dos valores orientadores da enfermagem - reflectindo sobre os códigos de ética, as perspectivas do cuidar, as investigações realizadas (nomeadamente no âmbito dos valores para o trabalho em enfermagem), o conflito de valores no exercício profissional, o papel e o perfil do enfermeiro, a associação dos valores em enfermagem com a qualidade dos serviços prestados e ainda sobre os obstáculos ao exercício da enfermagem -, seja na abordagem das novas teorizações em enfermagem – interessando compreender aqui o relativismo moral das novas teorias de enfermagem e a tendência actual para a sua abordagem transcultural -, seja no âmbito da educação e da prática de enfermagem – desconstruindo-se a enfermagem aos níveis da clínica, gestão, formação e investigação -, seja ainda na relação dos valores em enfermagem com outras variáveis, como a satisfação profissional e os valores para o trabalho.

4.2. Abordagem teórica dos valores em enfermagem

Segundo Parker (cit. por Fawcett, 2003a), é a própria definição da enfermagem e das diferentes responsabilidades que lhe estão cometidas, que deve passar pela compreensão dos valores actuados pelas enfermeiras no exercício da sua prática

profissional, até por que para Scalzi e Nazarey (1989), as enfermeiras tendem a actuar simultaneamente um conjunto mais ou menos coerente de valores de ordem pessoal, profissional, organizacional, etc., em conformismo com o que entendem ser mais adequado à situação que têm pela frente.

Os valores referidos ao nível da enfermagem integram os critérios e as normas definidas para a prática profissional (Gartner, 1990; Westfall, 1987) e visam orientar os diferentes comportamentos e processos de tomada de decisão com que os enfermeiros são permanentemente confrontados (Weis, 1995).

Contudo, apesar dos trabalhos desenvolvidos por alguns autores como Martin (1992), Mintzberg (1979), Schein (1985, 1990, 2000), Schwartz (1992), Arciniega e González (2000/2002/2005), Meyer e cols. (1993), Miles e Snow (1978), etc., são necessárias mais teorias que nos permitam reinterpretar a cultura organizacional como uma configuração determinada não apenas por valores consensuais, compatíveis ou conflituosos, mas também pela especificação dos contextos, estruturas e processos que permitam compreender o modo como estas configurações se formam e quando é que estas se tornam funcionais ou disfuncionais (Maierhofer, Kabanoff & Griffin, 2002).

Considerando que os valores individuais são o resultado de uma reconstrução dos valores sociais que cada pessoa opera no decurso do seu processo de socialização (Borges & cols., 2002), ao nível da saúde e particularmente no que respeita à enfermagem, os valores podem também ser teorizados como um produto cultural partilhado pelos membros de um grupo social e constantemente reconstruídos na diversidade das trocas interpessoais estabelecidas, cuja interiorização se desenvolve de um modo particular e único, em consonância com a especificidade de cada indivíduo (Bernal, Ventura, Sevillano, Cabero, Cortés, Blanch & Andreu, 2006).

Na escassa literatura existente sobre os valores em enfermagem, constata-se que existe uma evidente dificuldade em distinguir conceitos como objectivos, aspirações, interesses, princípios, ética, moral, sentimentos, convicções e mesmo atitudes, do constructo valor. As razões desta dificuldade talvez se prendam com o facto destes conceitos constituírem efectivamente indicadores de valores potenciais e, consequentemente, subsistir a possibilidade de os poderem representar.

Assim, numa perspectiva integradora das diferentes teorias axiológicas formuladas para a compreensão do indivíduo e do contexto laboral tomado na sua generalidade, torna-se imperativa a articulação e operacionalização das principais teorias com os fundamentos éticos da enfermagem, como forma de consciencializar os enfermeiros para a importância de uma identificação global dos valores por que se regem no seu exercício profissional, até pelo impacto que estes exercem sobre todos os processos de tomada de decisão e comportamentos subsequentes que estes actuam junto dos doentes, pois que a qualidade das decisões e comportamentos tomados reflecte o grau de consciência e clareza dos valores pessoais e profissionais.

É pois na linha de pensamento das teorias sócio-cognitivas - que procuram estudar as organizações numa abordagem construtivista e enquanto produtos sociais -, que se enquadra o estudo dos valores em enfermagem, uma vez que as organizações são concebidas como sistemas de crenças, valores e significados partilhados e construídos também subjectivamente de um modo activo, através das informações provenientes da envolvente organizacional e da combinação de estruturas de conhecimento, em que os indivíduos e as organizações se influenciam e são influenciados mutuamente (Gil-Monte, 2005), pelo que a abordagem teórica dos valores em enfermagem se perspectiva aos níveis da moral e da ética, e dos valores tomados isoladamente.

4.2.1. Moral, ética e valores em enfermagem

A literatura científica que tem sido produzida sobre a ética em enfermagem, está essencialmente orientada para o impacto dos valores e das crenças na resolução dos dilemas de índole ética e moral, em que os valores pessoais muitas vezes entram em conflito com os valores profissionais.

O estudo dos valores no âmbito da enfermagem reflecte essencialmente o modo como são apreendidos e solucionados os inúmeros problemas éticos com que estes profissionais são quotidianamente confrontados no exercício da sua actividade, que os remetem para a finitude da existência humana e consequentemente para a sua própria existência.

Lützén (1990), em resposta ao mecanismo de defesa de racionalização actuado pelas enfermeiras perante uma situação de conflito entre a sua sensibilidade moral e a ideologia organizacional, sugere o encorajamento e o apoio emocional mútuos ao nível do serviço ou enfermaria por forma a ultrapassar os dilemas éticos por que as enfermeiras vão passando.

Para Silva (1990), a pluralidade de definições existentes acerca do conceito de ética, resume-se ao modo sistemático como observamos os diferentes aspectos morais com que nos defrontamos no nosso dia-a-dia, que basicamente assenta na capacidade de cada um distinguir o bem do mal, e na decisão de agir em conformismo com um juízo moral.

A moral, a ética e os valores, são conceitos que desde há muito se encontram consagrados nos vários códigos de conduta elaborados pelos diferentes países. No código de ética de enfermagem da *American Nurses Association* (ANA), editado por Kevin Hook e Gladys White em 2001 e válido até ao ano de 2006, por exemplo, é referida a obra de Nigtingale como o primeiro código de ética vigente na prática de enfermagem.

Desde então, o conceito de ética em enfermagem tem sido continuamente redefinido, conforme Davidson (1999) nos apresenta numa breve revisão cronológica de algumas conceptualizações históricas, que se passam resumidamente a citar: são os ideais, costumes e hábitos que caracterizam os profissionais de enfermagem tomados na sua generalidade Aikens (1916); as regras de conduta adoptadas pela enfermeira no exercício da sua actividade (Robb, 1921); o cumprimento dos seus deveres de um modo competente e moral (Gladwin, 1930); um campo especializado de investigação decorrente da prática de enfermagem (Johnstone, 1989); a matriz orientadora do exercício da enfermagem na prossecução da excelência (Bandman & Bandman, 1995); o conjunto de valores, virtudes e princípios reguladores da orientação moral do comportamento em enfermagem (Yeo, 1996).

No que concerne à enfermagem, se por um lado o exercício da ética constitui uma categoria específica da ética biomédica respeitante aos diferentes juízos de valor (Fry & Veatch, 2000), por outro lado, os valores têm sido tradicionalmente

desenvolvidos na dependência da medicina, em que os objectivos concernentes à cura se sobrepõem aos objectivos subjacentes ao cuidar.

De salientar ainda o trabalho desenvolvido por Taylor, Lillis e LeMone, (1989-2001), que desde há mais de uma década se têm preocupado com os fundamentos éticos e a conduta em enfermagem. Recentemente, no manual teórico-prático que publicam para a comunidade dos docentes em enfermagem, no capítulo que se refere à ética e aos valores em enfermagem, em que é notória a influência da terminologia adoptada por Rokeach (1968), os autores procuram descrever a natureza dos valores e sistemas de valores, bem como as suas manifestações na prestação dos cuidados de saúde primários e, por outro lado, sensibilizar e informar estes profissionais acerca do modo e da importância da identificação dos valores pessoais e profissionais, assim como do seu impacto nos processos de tomada de decisão que actuam na sua prática quotidiana, seja junto dos colegas de trabalho, seja perante os utentes que servem.

Para Ludwick e Silva (2000), os valores culturais considerados na sua concepção mais abrangente, referem-se a um conjunto consistente de ideais e crenças, com o qual uma pessoa, grupo ou sociedade se encontra comprometida, e que regula o seu comportamento.

Ludwick e Silva (2000), desenvolvem uma investigação tendo por objecto de estudo as enfermeiras, com a intenção quer de clarificar a relação entre valores culturais, princípios éticos e conflitos de natureza ética, quer de demonstrar o modo como as atitudes e os valores culturais da enfermagem podem resultar num conflito com a cultura de globalização que caracteriza os Estados Unidos, quer ainda de formular algumas estratégias para reduzir os conflitos éticos relacionados com os valores culturais praticados em enfermagem.

Nesta perspectiva, os valores dos profissionais de enfermagem nos EUA seriam um reflexo da cultura americana, e traduzir-se-iam na auto-confiança e no individualismo, entendendo-se por individualismo a crença de que os indivíduos têm a capacidade de se afirmarem pelos seus próprios meios, e que o exercício de um direito individual se sobrepõe aos direitos vigentes numa dada sociedade (Davis, 1999).

Ainda para Davis (1999), o valor do individualismo deve ser examinado na relação dos princípios éticos referentes à autonomia – que tem a ver com a autodeterminação e com o direito de um indivíduo tomar decisões por si próprio -, e à justiça, que se refere ao que é devido a uma pessoa, grupo ou sociedade. Não é pois de estranhar que dadas as diferenças que se podem observar ao nível do indivíduo, do grupo ou da sociedade, ocorram conflitos de natureza ética. Contudo, este mesmo autor refere que cerca de 70% das culturas são colectivistas, o que é particularmente importante ao nível da saúde, em que as decisões seriam tomadas ao nível da família, comunidade e sociedade.

Ludwick e Silva (2000), preconizam ainda seis procedimentos para melhorar o cuidar em enfermagem e minorar os conflitos de natureza ética que se podem agrupar e resumir em três premissas, primeiro, no reconhecimento de que os valores e as crenças apresentam não só uma variação inter e intracultural, como devem também ser perspectivados de acordo com os diferentes contextos históricos, culturais, espirituais, religiosos e cuidados de saúde, segundo, na capacidade de descentração do profissional de saúde dos seus próprios valores culturais e empenho que coloca no conhecimento dos diferentes aspectos de outras culturas, nomeadamente ao nível da comunicação não verbal, por forma a aceitar o outro nas suas diferenças e de uma forma incondicional, terceiro, na consciencialização das diferenças bioculturais manifestadas nos diferentes exames e em resposta aos cuidados de saúde prestados.

Donnelly (2000), afirma mesmo que os conflitos de natureza ética se tornam mais evidentes quando o processo comunicacional se revela ineficaz, o que para Ludwick e Silva (2000) tem muitas vezes a ver com a diversidade cultural com que se confrontam os profissionais de enfermagem no seu quotidiano. Para estes autores, os mal entendidos que daí resultam, podem manifestar-se no desrespeito aberto por aqueles que apresentam um conjunto de valores diferentes, e na sua afectação ao nível bio-psico-cultural e espiritual.

Por conseguinte, a resolução de um problema ético torna-se mais fácil quando os valores se encontram devidamente clarificados e associados a princípios éticos, pois que

assim o processo de tomada de decisão se baseia nas acções empreendidas e nas consequências prováveis (Donnelly, 2000).

Davis (1999, pag. 123), formula duas importantes questões acerca dos conflitos de natureza ética que merecem uma releção, até por se ir abordar a formulação de uma teoria de enfermagem transcultural: “...justifica-se a procura da uniformidade na prática de enfermagem baseada em princípios éticos comuns a todas as culturas? ...existem noções éticas acerca do cuidar e dos princípios éticos e virtudes, que possam ser consideradas válidas para todas as enfermeiras?”.

4.2.2. Valores em enfermagem

Para Donaldson e Crowley (1978), a enfermagem é uma ciência que alicerça o seu desenvolvimento num conjunto de valores fundamentais, derivados essencialmente das concepções filosóficas humanistas, sendo estes valores que Deremo (1989) e Koerner (1993) referem como integrando os códigos deontológicos desenvolvidos no âmbito da enfermagem, caracterizados por um conjunto de procedimentos normativos orientados para os diferentes processos de tomada de decisão. Também para Altun (2002), a congruência encontrada entre os valores pessoais e os valores profissionais que se actuam em enfermagem, comunga desta perspectiva humanista.

Muito embora o estudo dos valores profissionais em enfermagem decorra do movimento de profissionalização da enfermagem que emergiu em meados dos anos 50 (Blondeau, 2002; Cohen, 2000), e os valores profissionais sejam tidos como primordiais na ciência de enfermagem, são muito poucas as investigações desenvolvidas neste âmbito, facto que reflecte o grau de divergência entre a teoria e a prática (Hewison & Wildman, 1996).

Dada a centralidade da noção de cuidar e do carácter universal da boa prática profissional, os valores em enfermagem não diferem muito daqueles que são actuados por outras profissões integradas no âmbito da saúde (Scott, 1995). No que concerne à enfermagem, os valores têm sido tradicionalmente desenvolvidos na dependência da

medicina, em que os objectivos concernentes à cura se sobrepõem aos objectivos subjacentes ao cuidar.

Os cuidados de saúde são essencialmente prestados por profissionais de medicina e de enfermagem, que se complementam respectivamente na “cura” e no “cuidar”. Contudo, os cuidados prestados não devem depender totalmente das tecnologias e processos actuados para a cura, pois que representam um importante contributo para a recuperação das funções mentais e dos sistemas orgânicos (Gastmans, 1998).

Parker (1994), baseando-se na concepção de valores humanos desenvolvida por Rokeach (1968 / 1973), define os valores dos profissionais de enfermagem como um conjunto de crenças profundas que norteiam a prática profissional, independentemente do contexto e das circunstâncias em que esta decorra.

A enfermagem, enquanto área do saber sustentada num conjunto de valores próprio (Donaldson & Crowley, 1978), configura um quadro de referência epistemologicamente organizado, no que respeita à sua consideração como ciência e no que se refere à sua observação como profissão (Fawcett, 1995).

Contudo, os diferentes valores que se encontram numa revisão bibliográfica ao nível da enfermagem, estão em consonância com a evolução do papel das enfermeiras ao longo dos tempos, pelo que é natural que alguns não correspondam ao perfil profissional actual (Blondeau, 2002).

Para Hunt (2002), os valores em enfermagem referem-se aos pressupostos básicos e princípios orientadores muitas vezes implícitos, que configuram a cultura organizacional destes profissionais e se manifestam na percepção e no discernimento do que está bem ou mal, do que é ou não apropriado, aceitável ou inaceitável em termos comportamentais, e, finalmente, do que é ou não importante.

Para Faithfull e Hunt (2005), os valores em enfermagem são essencialmente de natureza ética, e podem ser individualistas, colectivistas ou mistos. Alguns dos valores

mais convencionais integram a competência, confidencialidade, protecção da dignidade do doente, honestidade, harmonia e trabalho de equipa. Contudo, estes mesmos autores deixam transparecer a ideia de que cada serviço se deve regular por um conjunto de valores que reflecta a sua especificidade, argumentos que já haviam sido referidos por Hobbs (1999).

4.2.2.1. Os Valores orientadores da enfermagem

A obrigação dos enfermeiros proporcionarem os meios necessários para a cura, formulada já por Nightingale's (cit. por Potter & Perry, 2001), reflectiu-se, por um lado, na consideração e desenvolvimento de um conjunto de valores éticos tradicionalmente associados à enfermagem, actualmente salvaguardados pelos vários códigos éticos e deontológicos existentes, e, por outro lado, em alguns estudos e reflexões orientadas para a compreensão dos valores individuais e profissionais das enfermeiras.

4.2.2.1.1. Os códigos de ética em enfermagem

O código de ética referente à *American Nurses Association* (ANA, 2001), para além de referir a gestão dos diferentes conflitos de valores e objectivos na prestação dos cuidados de saúde, integra também o respeito pelos direitos do utente.

Outro dos códigos deontológicos que configura um outro conjunto de valores que actualmente prevalecem ainda de um modo global ao nível da enfermagem, foi identificado já em 1985 pela *American Association of Colleges of Nursing* (AACN), tendo sido referidos os seguintes sete valores em 1997 por Yanvey (cit. por Altun & Ersoy, 1998):

1. Estética. Basicamente tem a ver com a satisfação proporcionada pelo contacto com qualidades dos objectos, situações e pessoas. No âmbito pessoal implica qualidades como a imaginação, criatividade, apreço e sensibilidade;
2. Altruísmo. Traduz-se em colocar os interesses e necessidades do outro à frente das suas. Envolve qualidades como a benevolência, generosidade, compaixão, simpatia, compromisso e perseverança;

3. Igualdade. Refere-se à oportunidade de se terem os mesmos direitos e privilégios, onde se integram aspectos como o direito a um tratamento justo, aos mesmos direitos, privilégios e *status*;
4. Liberdade. É o exercício de escolha e de poder agir de acordo com as suas convicções, implicando qualidades como a auto-direcção, auto-disciplina, independência e a capacidade de decidir;
5. Dignidade. Tem a ver com o mérito de um indivíduo, pelo que se refere às qualidades pessoais como a bondade, respeito, honestidade, confiança, cumprimento das promessas e empatia;
6. Justiça. É o tratamento dos indivíduos de acordo com os mesmos princípios morais e legais, pelo que as qualidades pessoais observadas são o agir de acordo com os princípios legais e moralidade vigentes, coragem e objectividade;
7. Verdade. Consiste na fidelidade aos factos e à realidade, através da prática de qualidades pessoais como o saber, curiosidade, procura, racionalidade, realismo, responsabilidade e auto-confiança.

Em 1998 a “*American Association of Colleges of Nursing - AACN*” (cit. por Murphy, Canales, Norton, & DeFilippis, 2005), numa reformulação do código deontológico postulado em 1985, define o altruísmo, autonomia, dignidade humana, integridade e justiça social, como os valores fundamentais a serem actuados no exercício da enfermagem.

Peter (2004), defende que a revisão dos próximos códigos de ética deve passar por uma definição mais rigorosa e explícita dos valores a serem adoptados pelas enfermeiras, tarefa que reconhece dificultada quer pela diversidade cultural existente, quer pelos limites entre a vida, morte e saúde, resultantes dos avanços tecnológicos da medicina.

Já para Murphy e cols. (2005), os valores que integram os diferentes códigos deontológicos de enfermagem só são úteis se tiverem um impacto no comportamento

das enfermeiras ao nível das interacções que estabelecem com os pacientes, colegas e a população, e configurarem ainda um compromisso para o bem-estar do doente.

4.2.2.1.2. O cuidar em enfermagem

O cuidar é o valor mais consistente nas referências bibliográficas encontradas (Condom, 1992; Gilligan, 1982), apresentado-se mesmo como base de todos os outros valores (Fry, 1989), sendo considerado um constructo com múltiplos significados (Morse, Solberg, Neander, Bottorff & Johson, 1990), que se referem quer à protecção e à exaltação da dignidade humana (Gadow, 1980; Watson, 1988), quer ao amor pelo outro, à verdade e à beleza (Schoenhofer, 1989), quer à equidade, ao respeito, à promoção da saúde e à prevenção da doença, à ética e à competência profissional (Gortner, 1990), quer ainda à abertura, à presença, à dedicação e ao compromisso, à compaixão e à empatia pelo outro (Duquette & Cara, 2000).

O cuidar em enfermagem não pode ser reduzido a uma sistematização das acções e dos sentimentos que as enfermeiras devem actuar junto dos doentes (Scotto, 2003), antes deve procurar um compromisso de atitudes e acções por forma a assegurar a manutenção da integridade e da dignidade do doente (Watson, 1988). O cuidar traduz-se então na reflexão, adequação e contextualização das atitudes e acções que devem ser actuadas junto do utente por forma a salvaguardar a sua integridade e dignidade (Watson, 1988).

Convém contudo referir que muito embora o tratamento diferenciado das pessoas tenha um fundamento ético, basicamente assente nas diferenças morais existentes, também se pode relacionar com as necessidades individuais, esforço individual, capacidade para pagar, contribuição social, assistência na doença, faixa etária do utente, doenças terminais, etc. (Beauchamp & Childress, 1994).

Por outro lado, os limites do cuidar são determinados não só pela idade da população, o número crescente de doenças crónicas e o tamanho das listas de espera, como também pelos custos crescentes com a segurança social e, a um nível axiológico, pela erosão da solidariedade e o incremento do egoísmo, pragmatismo e individualismo (Gastmans, 1998).

4.2.2.1.3. A investigação dos valores em enfermagem

Para Davis e Aroskar (1997), o respeito pelas pessoas constitui o valor ético fundamental por que se deve pautar a prestação de cuidados ao nível da enfermagem, e pode ser observado como o respeito quer pela autonomia individual e auto-determinação, quer pelo indivíduo enquanto membro de uma comunidade que muitas vezes merece uma atenção particular no que diz respeito aos processos de tomada de decisão implícitos no cuidar, por forma a considerar a diversidade cultural.

Numa investigação que Altun e Ersoy (1998) desenvolvem no âmbito da enfermagem, constata-se que, por um lado, os valores pessoais que as enfermeiras consideram mais importantes nas suas vidas são a honestidade (19.2%), confiança (11.4%), respeito (9.9%), independência (9.9%), competência profissional (6.4%), humanismo (6.4%), igualdade (3.9%), justiça (3.9%), benevolência (3.9%), racionalidade (3.5%), altruísmo (3.5%), poder económico (3.3%), sensibilidade (2.4%), correcção (2.2%), coragem (1.7%), diligência (1.4%), amizade (1.1%), cortesia (1.1%), tolerância (1.1%), flexibilidade (0.7%) e felicidade (0.7%), e, por outro lado, que os valores individuais que caracterizam aquelas pessoas que optaram pelo exercício da enfermagem, parecem relacionar-se com os valores considerados importantes na prática diária destes profissionais, que hierarquizam como principais valores profissionais a dignidade humana (25.2%), verdade (23.4%), liberdade (21.6%), justiça (9.9%), estética (9.9%), altruísmo (5%) e igualdade (5%).

Já para Hyland (2002), é a autonomia que representa um dos principais valores que as enfermeiras devem saber proporcionar aqueles de quem cuidam, pois que se for observado como uma obrigação, pode comprometer a responsabilidade profissional de agir de um modo benevolente com os utentes, e a autonomia profissional destes profissionais de saúde.

Murphy e cols. (2005), referem a justiça social como o valor a ser promovido de uma forma individual ou colectiva pelas enfermeiras, na procura de uma concordância dos valores da enfermagem que asseguram a qualidade dos serviços e o respeito pela dignidade humana, com os valores por que se regula a instituição para que trabalham, pois que esta é uma das responsabilidades que lhes é acometida perante a população de uma sociedade.

Para Altun (2002), as enfermeiras deveriam trabalhar melhor o seu auto-conhecimento, procurando compreender os valores que motivam todas as suas atitudes, emoções e comportamentos, não só porque assim aceitariam melhor a diversidade cultural evidenciada nas diferentes atitudes e comportamentos dos seus pacientes, como também por que deste modo expandiriam a sua capacidade de resolução de problemas e tomada de decisões.

Contudo, encontra-se também na literatura existente a procura de uma adequabilidade dos valores actuados com a especificidade do trabalho da enfermagem, serviço ou instituição de saúde, tal como se pode observar na investigação de Faithfull e Hunt (2005), por exemplo, para quem os valores que melhor traduzem o perfil daqueles que trabalham ao nível dos serviços de emergência são: o suporte terapêutico; trabalhar com a incerteza; trabalhar sistematicamente pressionado pelo tempo; maior autonomia profissional; flexibilidade funcional; abertura organizacional no âmbito dos processos comunicacionais; e continuidade e confiança nos cuidados prestados.

4.2.2.1.3.1. Valores para o trabalho em enfermagem

Luzón, Martínez e Salguero (2004), com base numa investigação que desenvolvem acerca dos valores para o trabalho que caracterizam os profissionais de enfermagem, em que aplicam o questionário de valores para o trabalho EVAT30 de Arciniega e González (2000), concluem que apesar dos pressupostos teóricos acerca do cuidar em enfermagem, são os valores individualistas que predominam sobre os colectivistas. De uma forma mais concreta, as enfermeiras regulam a sua prática sob a orientação de valores de ordem superior primeiramente dirigidos para o individualismo manifestado na autopromoção (autoridade e sucesso), depois para o colectivismo observado no conservadorismo (*status quo*, conformismo, segurança e tradição), e por último para a autotranscendência (universalismo e benevolência). O terceiro valor de ordem superior que encontram é a abertura à mudança, que entendem como necessária para gerir as transformações recentes ao nível da saúde.

Luzón e cols. (2004), atribuem o facto de não existirem diferenças significativas entre os valores dos supervisores com os valores das equipas de enfermeiros que trabalham no seu serviço ou enfermagem, quer ao carácter uniformizador do processo de

socialização organizacional por que todos passaram, quer aos próprios valores da organização.

Contudo, de acordo com Stewart e Liddel, Garrido e cols., e Pérez e cols. (cit. por Luzón & cols., 2004), os valores que se evidenciam mais ao nível da enfermagem são de orientação colectiva e dirigidos para o cuidar dos outros, tais como a amabilidade, sociabilidade, afectividade, compaixão, disponibilidade, ajuda desinteressada, aceitação incondicional do outro, tolerância, compreensão, sinceridade, confiança e transmissão de segurança. Para Luzón e cols. (2004), o antagonismo destas conclusões deve-se ao facto destes estudos se terem centrado numa análise axiológica ao nível pessoal e não ao nível laboral.

Fagermoen (cit. por Luzón & cols., 2004), ao estudar os valores pessoais e os valores do trabalho dos profissionais de enfermagem, observa que os valores de índole pessoal são de natureza colectivista e evidenciam-se mais ao nível da ajuda aos outros (dignidade, altruísmo, orientação moral na prestação dos cuidados, segurança, autonomia e integridade), enquanto que os valores do trabalho têm uma orientação individualista e tendem mais para a abertura à mudança (intelectualidade e estimulação).

Para Verplanken (2004), a prática de valores relacionais e humanos, e a promoção de um clima social positivo, constituem dois grandes recursos organizacionais. Contudo, a actuação destes valores depende também do modo como o trabalho e a organização estão estruturados e da moral cultivada.

4.2.2.1.4. O conflito de valores em enfermagem

Aroskar (1995) é da opinião que neste período de grandes transformações ao nível dos sistemas de saúde, é importante prestar uma atenção particular aos valores éticos tradicionalmente associados à enfermagem, em que os direitos do utente reflectem as assumpções, ideias e crenças que os profissionais de enfermagem consideram relevantes na arte de bem cuidar. Este autor defende ainda que é possível continuar a preservar estes valores éticos ao nível dos cuidados das pessoas mais carenciadas, procurando conciliá-los com os novos valores económicos e financeiros

que emergiram ao nível da gestão das instituições de saúde, com o objectivo claro de assegurar a sua sobrevivência, eficácia e eficiência.

Já Priester (1997) é da opinião que a reestruturação dos cuidados de saúde pode interferir com os objectivos que salvaguardam o respeito pela especificidade de cada pessoa, pois que a orientação económica dos actuais valores das instituições de saúde tende cada vez mais a entrar em conflito com os valores dos profissionais de enfermagem.

Basicamente, as constantes transformações sócio-político económicas promovem níveis e normas de excelência tais que, por um lado, conduzem a um conflito dos valores que os enfermeiros idealizam para a sua profissão, com os valores impostos pelas novas políticas de gestão dos sistemas de saúde (Gastmans, 1998), e, por outro lado, levam estes profissionais a desenvolver sentimentos de culpabilidade e comportamentos de alienação, pela dificuldade em corresponderem ao nível de exigência que lhes é colocado (Blythe, Baumann & Giovannetti, 2001).

É pois lícito pensar que quanto maior for o grau de concordância dos valores individuais com os valores preconizados e praticados pela organização nos seus diferentes níveis, mais facilitada estará a consecução da missão e dos objectivos da organização, até porque os valores que os indivíduos transportam para a organização - muito embora reproduzam as suas próprias necessidades, prioridades e disposições -, são relativamente estáveis (Ravlin & Meglino, 1989).

Para Altun (2002), a ineficácia comunicacional que muitas vezes se encontra em situações de stress elevado, deve-se muitas vezes ao desconhecimento dos valores e crenças pessoais e das diferenças culturais, pelo que todos os profissionais deveriam conhecer os valores que mais determinam os seus comportamentos, não só para os poderem alterar em consonância com as suas necessidades e escolhas, mas também porque um sistema de valores bem estruturado contribui para a redução dos conflitos inerentes aos processos de tomada de decisão. Ou seja, as mudanças operadas ao nível do sistema de valores de um indivíduo, traduz-se numa alteração ao nível dos seus

comportamentos e atitudes, e reflecte ainda a capacidade de adaptação a novas situações e uma atitude positiva face à vida.

Dada a diversidade de culturas e dos objectivos das instituições para que trabalham, é natural que os enfermeiros experimentem amiúde uma incongruência dos valores profissionais em que foram educados, com as políticas e valores que devem actuar dentro das instituições em que exercem a sua actividade, particularmente quando estas são orientadas meramente para o lucro (Murphy & cols., 2005).

4.2.2.1.5. O papel e o perfil do enfermeiro

O facto das enfermeiras não terem conhecimento dos seus valores pessoais e profissionais, pode dificultar a compreensão do papel profissional que devem desempenhar. Aquelas enfermeiras que actuam dentro de um sistema de valores consciente e bem interiorizado, caracterizam-se por uma maior satisfação pessoal e têm ainda mais probabilidade de progredirem profissionalmente (Altun, 2002).

A própria identidade profissional que se desenvolve no decurso do processo de socialização organizacional, assenta obrigatoriamente numa interiorização axiológica facilitadora, quer da integração profissional (Weis & Schank, 2002), quer das relações interpessoais estabelecidas ao nível da enfermagem (Kenny, 2002).

Para Verplanken (2004), a clarificação das estruturas de poder e o carácter rígido das rotinas de enfermagem, configuram a especificidade de um tipo de trabalho que não se relaciona com sistemas de valores abertos, em que a flexibilidade, a inovação e a mudança, não têm qualquer correspondência com as atitudes a ter na enfermaria ou serviço e com a satisfação no trabalho.

Não obstante, num trabalho desenvolvido com enfermeiras ao nível da prestação de cuidados em oncologia, tendo por base uma revisão da bibliografia existente, Corner (2003) apresenta uma classificação do papel desempenhado pelos profissionais de enfermagem em dois modelos: um primeiro modelo assente na delegação de tarefas técnicas específicas da enfermagem, decorrente do exercício do corpo médico; um segundo modelo, mais compreensivo e abrangente, em que o papel da enfermagem se

assume como mais responsável na prestação de cuidados e como mais autónomo nos processos de tomada de decisão clínicos.

Faithfull e Hunt (2005), referem que muito embora o primeiro modelo apresente mais benefícios a curto prazo, nomeadamente no que respeita aos custos, o segundo modelo, de cariz psicossocial, tem um impacto na diminuição da sobrecarga laboral do pessoal médico, dos tempos de espera e das readmissões dos utentes. Para estes autores, seria importante aprofundar mais o estudo delineado pela matriz do segundo modelo, particularmente ao nível dos valores por detrás do exercício da enfermagem, e da identificação dos factores institucionais para a viabilização e implementação deste modelo.

O desenvolvimento de novas práticas e papéis ao nível dos cuidados de saúde prestados na última década, requer uma maior regulamentação baseada na avaliação das competências que tipificam a natureza das diferentes actividades de enfermagem (Faithfull & Hunt, 2005).

NMC (2005), apresentam mesmo uma esquematização do perfil das enfermeiras do novo milénio, enfatizando características como: responsabilização pelo acompanhamento e gestão dos casos; realização de diagnósticos diferenciais; planeamento e prestação adequada de cuidados e tratamentos; desenvolvimento de uma educação vocacionada para a saúde e para um aconselhamento especializado.

Contudo, muitas destas novas funções continuam a ser perspectivadas sob a influência e a racionalidade dos modelos biomédicos, pelo que não contemplam a mais-valia representada pelos princípios axiológicos por que se rege a enfermagem, e o contributo destes valores profissionais nas mudanças culturais das instituições de saúde (Faithfull & Hunt, 2005).

4.2.2.1.6. Os valores em enfermagem e a qualidade dos serviços prestados

Tompkins (1993), ao investigar os valores pessoais e profissionais de uma amostra constituída por um grupo de enfermeiros e por outro grupo formado pelos utentes, concluiu que os únicos valores que estes partilham são o altruísmo, a

benevolência e a dignidade humana. Por outro lado, a igualdade e a autenticidade são valores significativamente mais importantes para os utentes do que para os enfermeiros. Contudo, Tompkins (1993) defende que a actualização dos valores profissionais dos enfermeiros em conformismo com a satisfação dos utentes, constitui um indicador da qualidade dos serviços prestados.

A resolução de muitos dos dilemas ou conflitos de natureza ética, bem como muitos dos processos de tomada de decisão com que os profissionais de enfermagem se confrontam no seu quotidiano, passam pelo conhecimento dos seus próprios valores e dos valores dos seus doentes (Altun & Ersoy, 1998). Estes autores defendem que a qualidade dos serviços prestados ao nível da enfermagem depende do conhecimento que as enfermeiras têm dos seus próprios valores - que desempenham um papel crítico na profissionalização e prática em enfermagem -, e dos valores daqueles que cuidam, pois que estão com estes no nascimento, morte, doenças e recuperação.

Ora, o processo de socialização ao nível dos valores que configuram a identidade profissional da enfermagem, inicia-se aquando da formação de novos enfermeiros (Fagermoen, 1997), que depois de concluírem os seus cursos e ingressarem nas diferentes instituições de saúde, se deparam com uma dissonância axiológica entre os valores pessoais ou profissionais que transportam, com os valores por que se regem as organizações para onde vão trabalhar (Kramer, 1974), circunstância que apenas penaliza mais a qualidade dos cuidados em saúde.

Murphy e cols. (2005), defendem que os valores das enfermeiras devem ser discutidos particularmente ao nível das relações interpessoais, quer junto do paciente e dos seus familiares, quer junto das diferentes comunidades, instituições e sociedades que se regulam por um conjunto de valores, em consonância com a natureza da sua actividade ou função.

Num outro nível de análise dos serviços, a alteração da qualidade dos cuidados que devem ser prestados ao utente, depende também de um exercício político orientado para valores e objectivos mais justos e iguais, pois que as transformações do contexto de trabalho dos enfermeiros se repercutiram numa deterioração dos valores actuais no exercício profissional (Gordon, 1997) e mesmo na sua desumanização (CCCSI, 2002),

afectando a prática e os cuidados de enfermagem em todos os seus níveis e contextos, apesar do papel activo que os profissionais de enfermagem têm desempenhado para que tal não aconteça (Murphy & cols., 2005).

O modo como as pessoas hierarquizam os valores, independentemente do instrumento utilizado, reflecte não só os aspectos culturais, como também a sua personalidade, temperamento, especificidade do processo de socialização e experiências de vida (Kohn & Schooler, 1983; Rokeach, 1973; Smith & Schwartz, 1997), razões porque para Bolon (1997), a compreensão da estrutura de valores de quem trabalha no âmbito da saúde, constitui um importante instrumento, seja para a adequação das acções de formação, seja para o próprio processo de recrutamento de novos profissionais que se identifiquem com a missão, objectivos e valores da instituição, pois que quanto maior for esta concordância axiológica, maiores serão a satisfação, o compromisso e a produtividade.

Para Borges e cols. (2002), o diagnóstico dos valores de uma organização constitui apenas uma representação parcial da complexidade da cultura organizacional, razão que dificulta a consideração da cultura como uma variável passível de ser estudada. No que concerne aos valores, este autor entende que o conceito de clima organizacional não só é mais abrangente e profundo, como exprime também melhor os valores e as normas vigentes numa dada organização.

Considerando-se então que é unânime o facto da identificação dos valores das enfermeiras possibilitar uma maior compreensão dos seus comportamentos (Edge & Groves, 1994), e, por outro lado, que os seus valores pessoais estão inevitavelmente enraizados nos hábitos e tradições de uma cultura (Murphy & cols., 2005), por forma a assegurar futuramente uma prestação de cuidados de maior qualidade, o recrutamento e selecção das enfermeiras, para além da avaliação das capacidades técnicas e intelectuais, deve ser orientado também para a concordância com um perfil de valores institucionais previamente estabelecido, a ser explorado através do debate de conflitos éticos ao nível da saúde, com a intenção de avaliar a identificação das enfermeiras com a instituição a que se estão a candidatar (Gastmans, 1998).

De acordo com Reich e Geller (cit. por Sivberg & Petersson, 1997), a escolha de uma carreira profissional em enfermagem, assenta por vezes na formação reactiva decorrente da frustração das necessidades de dependência ao longo do processo de socialização da pessoa, circunstância que se repercute num comportamento axiológico orientado particularmente para o poder, auto-controlo, ordem, auto-confiança e realização. Por outro lado, os diferentes motivos que para Altun e Ersoy (1998) estão por detrás desta profissão, identificados por ordem decrescente, são: Amor pelo próximo (30%); empregabilidade (19%); *status* (13%); influência familiar (10%); inexistência de outra alternativa (6%); não sabem porquê (24%).

Também McNeese-Smith e Crook (2003), referem a importância de se desenvolverem estudos específicos no âmbito da enfermagem, com o objectivo claro de compreender como é que os valores que caracterizam o exercício da enfermagem, se alteram com a idade e o desenvolvimento da carreira profissional, para que as instituições de saúde se concentrem mais na forma como recrutam as enfermeiras, na satisfação com o trabalho, produtividade, compromisso organizacional, qualidade dos serviços prestados e retenção dos profissionais.

4.2.2.1.7. Obstáculos ao exercício da enfermagem

O facto da intervenção dos profissionais de enfermagem dever ocorrer num ambiente delimitado por aqueles valores tidos como primordiais para o exercício da enfermagem, tais como o respeito pela dignidade da pessoa, o sentido de responsabilidade e a abertura ao saber, entre outros (PFII, 2000), faz com que o exercício da enfermagem se depare com dificuldades de diferentes naturezas, que Kikuchi (2005) sistematiza em três obstáculos:

1º Obstáculo. Alguns dos modelos teóricos preconizados ao nível da enfermagem, defendem o direito do utente escolher o modo como quer terminar os dias de vida que ainda tem - pois só assim se está efectivamente a respeitar a sua autonomia e liberdade -, em detrimento do que foi determinado no âmbito da saúde para a especificidade do seu caso, pois que tal representa um esforço acrescido para as enfermeiras. Contudo, este mesmo autor é da opinião que esta liberdade de auto-determinação do doente é apenas limitada pela justiça, ao

formalizar legalmente a responsabilidade e o direito dos técnicos de saúde preservarem e promoverem o bem-estar daqueles que cuidam, pelo que a autonomia constitui um valor universal regulamentado pela justiça para protecção do próprio indivíduo;

2º obstáculo. Alguns dos investigadores do campo de estudo formado pela enfermagem - entre os quais se encontram antropologistas, sociólogos e filósofos -, configuram um segundo nível de objecção ao não reconhecerem os aspectos comuns da natureza humana, e acreditarem que um tratamento padronizado, igual e uniforme, se opõe ao respeito pela diversidade e especificidade das pessoas que tratam (Kikuchi, 2005). Não obstante, o problema do respeito absoluto pela diversidade e especificidade destas pessoas, é que em situações extremas se tendem a observar apenas as diferenças e a negligenciar a obrigação moral de actuar qualquer esforço para melhorar a condição humana (Kikuchi, 1996);

3º obstáculo. A natureza transcultural de alguns modelos teóricos de enfermagem já formulados e a sua aplicação em contextos culturais particulares, pode fazer com que as enfermeiras não reconheçam a necessidade de adoptarem uma teoria transcultural assente em valores e necessidades objectivas (Kikuchi, 2005). Uma vez que a saúde é um direito humano, é importante que as enfermeiras aceitem a existência de necessidades, valores e direitos próprios da condição humana, para que os aspectos tradicionais de uma cultura não se sobreponham aos direitos de todo o ser humano, antes exerçam uma função reguladora no estabelecimento, integração, promoção, exercício prático e protecção dos direitos humanos, pois que estes se sobrepõem aos direitos culturais (Kikuchi, 2005).

4.2.3. Abordagem das novas teorizações em enfermagem

A enfermagem não pode ser observada isoladamente, pois que todas as sociedades, grupos ou organizações com que a enfermeira contacta, e todos os contextos em que participa a pessoa e o profissional, contribuem directa ou indirectamente para a qualidade e ética dos cuidados prestados, pelo que interessa integrar os principais

contributos destes diferentes níveis de observação e análise da enfermagem (Gastmans, 1998).

O desenvolvimento de qualquer teoria de enfermagem deve ainda salvaguardar o respeito pelos direitos humanos, o que para Austin (2001a/2001b) implica que as enfermeiras sejam capazes de gerir a violação de qualquer um destes direitos, e para Duncan, Hyndman, Estabrooks, Hesketh, Humphrey e Wong, (2001) pressupõe uma tolerância zero para qualquer abuso de que sejam vítimas, pois que tal configura também uma violação dos direitos das enfermeiras.

O facto de não existir um consenso na comunidade científica acerca da definição de valores e do modo como estes devem ser avaliados, torna difícil a operacionalização e a investigação deste constructo (Arciniega & González, 2002), pelo que não é de estranhar a ausência de valores objectivos ou universais que permitam às enfermeiras o exercício da sua actividade profissional no respeito pelos valores culturais de quem cuidam (Kikuchi, 1996).

Apelando ao carácter efémero da aplicação de qualquer teoria em contextos laborais cada vez mais globais, Cody (2003) fala da necessidade de instrumentos e recursos universais que permitam às enfermeiras trabalharem em qualquer cultura, tal como uma formação teórica e filosófica orientada para a diversidade humana daqueles que cuidam.

Uma das perspectivas enunciadas, defende uma só teoria transcultural de enfermagem assente na consideração objectiva das necessidades e valores humanos, tal como já havia sido enunciado por Adler (1970), a partir da qual derivariam teorizações adequadas à especificidade das crenças e valores de cada cultura, e das comunidades, grupos, famílias e pessoas que a integram (Kikuchi, 2005), até porque para Parker (cit. por Fawcett, 2003a), não existe nenhuma teoria em enfermagem que integre as diferentes perspectivas existentes para o exercício desta profissão.

Estas novas teorizações acerca da enfermagem, devem então ser compreendidas à luz do relativismo moral emergente e na tendência transcultural das novas abordagens da enfermagem.

4.2.3.1. O relativismo moral das novas teorias de enfermagem

Anderson, Perry, Blue, Brownw, Henderson e Khan (2003), tendo por referência o relativismo moral das teorias que sustentam actualmente a prática de enfermagem, interrogam-se sobre a possibilidade de se virem a desenvolver teorias de enfermagem que viabilizem a expressão de valores culturais, e simultaneamente não resultem em imposições de tudo aquilo que se considera bem à luz da cultura que sustenta esta teorização.

Peter (2004) fala-nos da ausência de uma articulação sustentada e definitiva no que respeita ao relacionamento formal e normativo entre a enfermeira e o paciente, que é apontada por Kikuchi (1996) como um problema que pode resultar num relativismo moral gerador de algumas questões acerca da responsabilidade em definir os valores pelos quais as enfermeiras se devem regular. Esta autora interroga-se, primeiro, se devem ser as enfermeiras ou a enfermagem enquanto ciência a definir quer os valores por que se podem orientar, quer os conceitos de saúde e bem-estar, segundo, se a definição destes valores deve advir dos pacientes ou das diferentes comunidades que existem, terceiro, se estes e outros valores devem ser o produto da diversidade de interacções estabelecidas entre a enfermeira e o doente.

Kikuchi (2005), fala-nos do relativismo moral por detrás daquilo que se considera bem ou mal numa dada cultura, e da importância das enfermeiras viverem o seu dia-a-dia com humanismo, defendendo mesmo o desenvolvimento de uma teoria de enfermagem transcultural, baseada naquelas crenças e valores que transcendem as particularidades de cada cultura. Para este autor, se as teorias culturais de enfermagem se desenvolverem de um modo transcultural e que integre a concepção das necessidades e valores humanos objectivos em consonância com a natureza humana, as enfermeiras terão a base moral objectiva de que necessitam para intervir condignamente junto daqueles que cuidam (Kikuchi, 2005).

O modelo preconizado por Emanuel e Emanuel (cit. por Peter, 2004), configura talvez uma concepção teórica intermédia que procura conciliar as partes interessadas num modelo deliberativo, em que os enfermeiros procuram persuadir o paciente daqueles valores que melhor se relacionam com a promoção da saúde e do bem-estar, cabendo ao paciente a decisão acerca dos valores a serem actuados. Para Peter (2004),

só desta forma é que se torna possível manter a autonomia do paciente e a integridade profissional do enfermeiro.

4.2.3.2. Abordagem transcultural da enfermagem de Kikuchi

Os recentes estudos desenvolvidos no âmbito da saúde, têm levado os diferentes profissionais a pensar reformular o exercício da sua prática quotidiana por forma a integrarem as crenças e os valores das culturas daqueles que cuidam, até porque tem sido consensual que as teorias que suportam a sua prática quotidiana, nomeadamente no que diz respeito à enfermagem, não têm uma aplicação universal (Kikuchi, 2005).

Uma teoria transcultural de enfermagem deve reflectir as necessidades e valores de que comungam todos os seres humanos, por forma a providenciar uma estrutura de trabalho unificada e práticas profissionais que estejam de acordo com os desejos e necessidades naturais humanas. Sempre que os direitos de alguém não sejam respeitados, está-se perante um indicador de algo que se deve alterar.

As enfermeiras devem ainda ser capazes de ajudar as pessoas a conhecerem hábitos promotores de saúde, de uma forma humanista e adequada, e, por outro lado, trabalhar em cooperação com o doente e com todos os outros profissionais implicados na promoção da saúde, pela actualização do potencial, capacidades, conhecimentos, adequação dos meios de subsistência e cuidados de saúde.

Para este autor, existe uma tendência actual para se reformularem as teorias de enfermagem por forma a integrarem os sistemas de crenças e valores que, por um lado, configuram as culturas daqueles que servem, e, por outro lado, determinam a sua saúde, tal como já havia sido referido por Parker (1994), pelo que a prestação de cuidados deve ser perspectivada de acordo com a especificidade cultural do indivíduo, grupo ou sociedade, uma vez que existem tantas teorias de enfermagem quantas as culturas e subculturas das sociedades.

4.2.4. A educação e a prática de enfermagem

A educação e a prática de enfermagem configuram duas subculturas da mesma realidade, a primeira orientada para a pessoa doente que urge cuidar, e a segunda orientada para a instituição e a fragmentação dos cuidados em tarefas (Kramer, 1974), sendo que esta dissociação que se observa entre a teoria e a prática, dificulta o processo de socialização dos novos enfermeiros ao colocar-lhes o dilema de agir de um modo correcto - tal como lhes foi ensinado na escola -, ou actuarem de uma forma prática imposta pela sobrecarga laboral e a escassez de tempo com que se deparam nas instituições, sem o perigo de serem sancionados (Melia, 1987).

Para Parker (1994), o processo de socialização das enfermeiras, deve ser pensado e estruturado para o desenvolvimento e actuação de um exercício profissional baseado num conjunto de valores transmitidos ao nível da formação em enfermagem.

A centralidade conceptual do cuidar de que fala Roach (1993), deve ser perspectivada em termos de formação académica nos aspectos interpessoais teorizados pelas ciências humanas, nomeadamente ao nível dos valores e das atitudes (Lage, 2005).

Sivberg e Petersson (1997), também são da opinião que existe uma dissociação da formação académica com o exercício profissional da enfermagem, particularmente no que respeita seja à promoção das atitudes e valores que configuram a fundamentação da enfermagem ao nível do cuidar e da comunicação, seja à integração de novas perspectivas teóricas e metodológicas baseadas nas ciências humanas e na apropriação dos valores actuais da sociedade.

No âmbito da enfermagem é pois necessário, por um lado, repensar os programas académicos de acordo com os objectivos, capacidades, valores profissionais, condutas éticas e auto-percepção dos comportamentos que as enfermeiras têm que deter e actuar na sua prática clínica, e, por outro lado, alterar a estrutura de trabalho das organizações de saúde, bem como o modo da sua gestão aos vários níveis, pois só desta forma é possível sair dos condicionalismos da auto-imagem impostos por um processo de socialização mais rígido e fragilizadores do comportamento de ajuda que as enfermeiras têm que actuar junto de quem cuidam (Sivberg & Petersson, 1997).

Para Beardwood, Walters, Eyles e French (1999), as enfermeiras devem ser educadas quer para a não actuação de comportamentos inapropriados, quer para o desenvolvimento de formas mais adequadas e efectivas de cuidar, pela formação de virtudes intelectuais e morais -, de modo a actuarem um exercício prático prudente.

Quando se actuam estratégias específicas ao nível do ensino na enfermagem - nomeadamente no que concerne à transmissão de valores -, é possível que a actuação das futuras enfermeiras reflecta a percepção e aceitação da diversidade cultural dos seus pacientes, e se sintam ligadas à comunidade (Canales, Bowers, & Norton, 2000). Talvez então o compromisso dos profissionais de enfermagem deva ser para com todas as formas de exclusão, seja económica, social ou ao nível da saúde (Canales & Bowers, 2001).

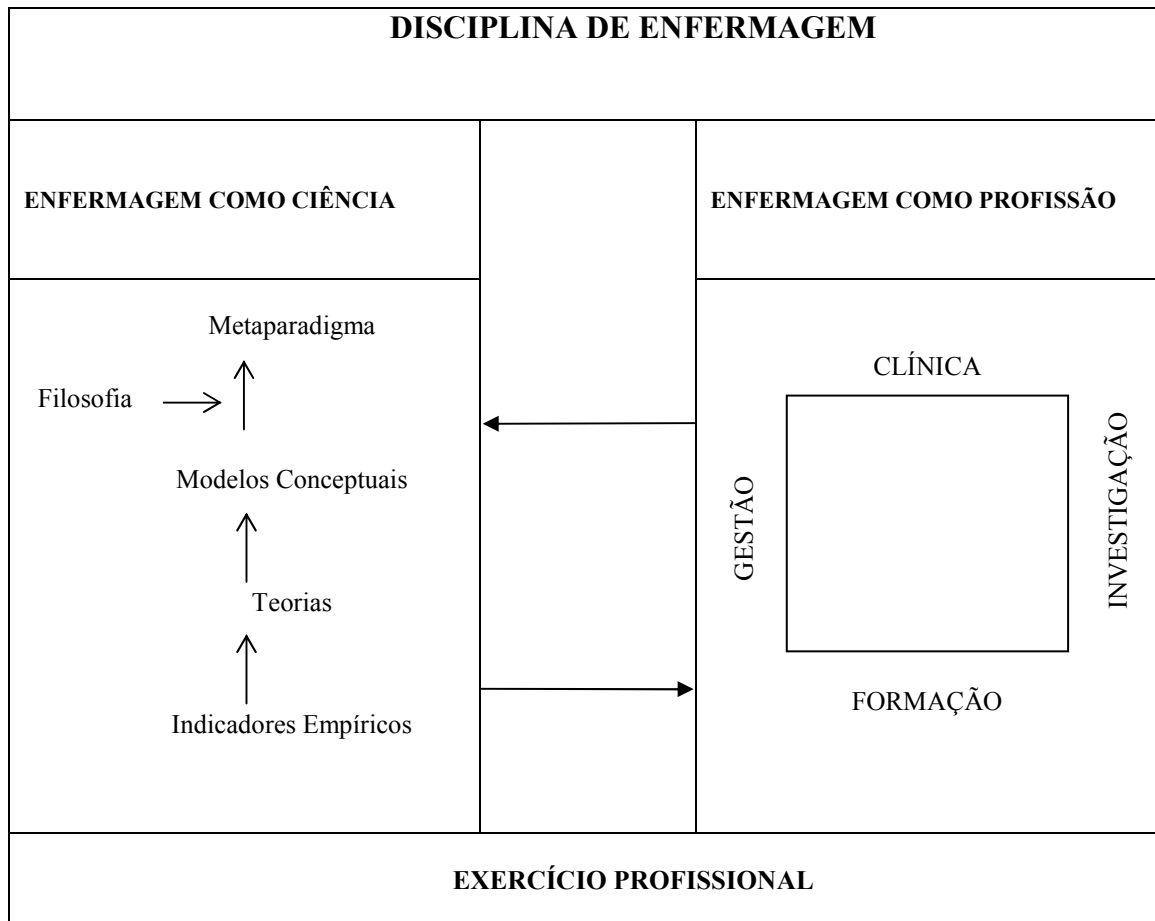
4.2.4.1. A enfermagem aos níveis da clínica, formação, gestão e investigação

A figura seguinte apresenta de um modo esquemático a articulação da enfermagem como ciência (com indicadores empíricos, teorias, modelos conceptuais e um metaparadigma próprio) e como profissão (aos níveis da clínica, investigação, formação e gestão) com o exercício profissional.

Conforme se pode observar na figura 11, os conhecimentos científicos de enfermagem suportam as diferentes actividades profissionais desenvolvidas aos níveis da clínica, da formação, da gestão e da investigação, sendo esta uma relação de reciprocidade, pois que o exercício e a interdependência das diferentes actividades profissionais possibilita também a validação dos conhecimentos que se vão construindo (Provencher & Fawcett, 2001).

A interacção destes quatro domínios de enfermagem, possibilita ainda a exploração dos saberes construídos em cada um dos seus sectores profissionais pelos serviços administrativos de enfermagem (Weis & Schank, 2000).

Figura 11 – Modelo do exercício profissional de enfermagem (Adaptado de Provencher e Fawcett, 2001)



Passam-se então a descrever as diferentes áreas de actuação da enfermagem como profissão (clínica, gestão, formação e investigação), começando-se pelo nível clínico.

4.2.4.1.1. Ao nível da clínica

A área da clínica é aquela que se refere ao exercício profissional quotidiano no seio das diferentes instituições de saúde, públicas ou privadas, que é regulado essencialmente por princípios éticos. É neste sentido que para Guy (1990), a ética é tida como parte integrante dos valores profissionais, sendo talvez esta a razão por que o exercício dos cuidados de enfermagem seja preponderantemente moral (Allmark, 1992; Gastmans, 1999). Obviamente, a prática clínica dos profissionais de enfermagem é a que mais se relaciona com a área de gestão.

Heller, Oros e Durney-Crowlwy, (2000), apontam ainda a diversidade individual como um dos aspectos a considerar no futuro da formação em enfermagem, o que pressupõe uma mudança ao nível quer da educação, quer do exercício destes profissionais, no sentido da congruência e respeito pelos diferentes valores e crenças dos utentes e dos profissionais.

Não obstante, quando Altun e Ersoy (1998) procuraram compreender a rotina diária das enfermeiras relativamente a alguns aspectos importantes, concluíram que: 79% não informam os seus doentes em caso de maus prognósticos mesmo se tal lhes for solicitado; 76% não comunicam aos seus doentes o facto de estes terem uma tensão arterial demasiado elevada; 63% estão convictos que providenciam cuidados de enfermagem de qualidade; 62% discutem os casos dos doentes que cuidam com a restante equipa médica; 44% falam com os doentes acerca da melhor decisão para o seu tratamento; 42% preocupam-se em proporcionar um ambiente físico acolhedor para os seus doentes.

4.2.4.1.2. Ao nível da gestão

A deterioração do relacionamento pessoal decorrente da globalização e reestruturação dos serviços de saúde, por sua vez, vai-se reflectir quer na menor satisfação com o trabalho e intenção de *turnover* (McNeese-Smith, 1997), quer na fraca qualidade dos serviços prestados aos utentes (Aiken, Clarke, Sloane, Sochalski & Silber, 2002), quer ainda na motivação e ambições dos enfermeiros (CNAC, 2002), pois que as pessoas que ocupam cargos de gestão parecem ter perdido a visão e a capacidade de apoiar os seus subordinados (Paéz & cols., 2001).

A este nível, seria interessante procurar saber se aqueles valores profissionais que constam nos documentos de índole ética por que se regem as diferentes instituições de saúde, são efectivamente colocados em prática pelas estruturas organizacionais. Nesta linha de pensamento, Schank, Weis e Ancona (1996) e Tuck, Harris e Baliko (200) procuram estudar os valores através de uma comparação das filosofias características de alguns serviços de cuidados de enfermagem hospitalares, e pela realização de entrevistas com os directores dos diferentes serviços.

Shortell e cols. (cit por Maierhofer & cols., 2000), desenvolvem um estudo em instituições hospitalares que tinham implementado a estratégia da gestão pela qualidade total, tendo concluído que aqueles departamentos hospitalares considerados como mais flexíveis, coesos, orientados para o grupo, participativos e melhores na prestação dos cuidados, foram os que melhor aderiram à implementação dos processos de qualidade.

Hendel e Steinman (2002), constataam que as enfermeiras que exercem funções de gestão atribuem pouca importância aos valores organizacionais, comparativamente com os valores pessoais e profissionais, circunstância que provavelmente terá a ver com os conflitos de valor com que se deparam no quotidiano, e que reflecte uma forte interiorização do papel dos enfermeiros na sociedade.

4.2.4.1.3. Ao nível da formação

Eddy e cols. (1994) e Thurston e cols. (1989), constituem alguns dos autores que estudam os valores profissionais na prestação dos cuidados em enfermagem ao nível da formação, junto dos estudantes e dos professores. Para Kelly (1991) e King (1993), os valores profissionais das enfermeiras, deveriam mesmo ser objecto de acções de formação orientadas para a sua apropriação, que para Schank e Weiss (2001) e Sivberg e Petersson (1997), poderiam integrar uma das modalidades de socialização laboral, sendo neste sentido que Kenny (2002) defende o envolvimento das diferentes instituições de saúde num processo de socialização axiológica.

Leininger (1996), com base na observação que o exercício profissional da enfermagem carecia de uma consideração cultural e humanística, desenvolve mesmo uma teoria que perspectiva a cultura, os valores culturais, e o modo de se comunicar com o doente, como aspectos essenciais na formação e prática da enfermagem.

No PFII (2000), é abordada a importância de uma formação em enfermagem perspectivada para uma intervenção responsável e fundamentada num julgamento clínico, no que se refere à diversidade dos cuidados prestados, apenas possível pelo desenvolvimento e transmissão de uma cultura comum essencialmente de natureza

axiológica, que reflectisse valores primordiais para a prática da enfermagem, como a dignidade da pessoa, o sentido de responsabilidade e a abertura ao saber.

O exercício da enfermagem deveria ser repensado ao nível da formação e transmissão de uma cultura comum a todos estes profissionais, até por que o cuidar em enfermagem compreende uma perspectiva axiológica (PFII, 2000).

4.2.4.1.4. Ao nível da investigação

As técnicas utilizadas na recolha dos dados podem ser de natureza qualitativa, pressupondo uma análise de conteúdo (Gordon 1997; Fagermoen, 1997; Spangler, 1992) ao nível da realização de entrevistas em profundidade (Kelly, 1991), ou assentando na formulação de perguntas abertas (King, 1993), e no tratamento de documentos oficiais das instituições de saúde (Weis, Schank, Eddy & Elfrink, 1993).

Weis e Shank (2000), desenvolveram uma investigação com o objectivo de validar uma “Escala de Valores Profissionais para Enfermagem”, organizada em oito factores confirmados por uma análise factorial exploratória e com uma variância explicada em 60%. Foram ainda identificados dois outros estudos que procuraram comparar os valores actuados nas filosofias adoptadas pelos diferentes serviços de enfermagem, com base nos documentos institucionais existentes (Tuck & cols., 2000), e em entrevistas realizadas junto dos profissionais de enfermagem (Schank & cols., 1996).

Já em 1997 e 1999, Maslach e Leiter haviam referido a importância de trabalhar os valores humanos como forma de prevenir o desenvolvimento do síndrome de burnout, concepção complementada por Borges e cols. (2002), para quem o conflito de valores entre um nível real e um nível ideal de análise da cultura de uma organização constitui um preditor do burnout.

4.2.5. A Relação dos valores em enfermagem com outras variáveis

Bouckenooghe, Buelens, Fontaine e Vanderheyden, (2004), numa breve revisão bibliográfica que apresentam, referem que o impacto da concordância dos valores pessoais com os valores organizacionais tem despertado a curiosidade de alguns investigadores, que nos seus estudos concluíram que quanto maior a congruência experimentada tanto maiores são a satisfação no trabalho, a satisfação na família, a sensação de bem-estar e a redução do stress e dos sintomas psicossomáticos (Burke, 2001; Joiner, 2001; Meglino, Ravlin & Adkins, 1989; Sagiv & Schwartz, 2000; Taris & Feiji, 2001. A inferência do conflito de valores, só recentemente deu origem à criação de um instrumento de medida próprio, desenvolvido por Bouckenooghe e cols. (2004), para quem a percepção de um conflito de valores pessoais com os valores organizacionais, resultaria do desvio entre estas duas categorias de valores.

Curiosamente, como refere Laschinger (2004), a reestruturação dos serviços de saúde tem sido pouco investigada no que respeita ao impacto ao nível da satisfação no trabalho e ao nível da saúde física e psíquica dos profissionais de enfermagem, muito embora seja amplamente admitido o seu efeito stressante. A questão que então se coloca, é se as conclusões de Bouckenooghe e cols. (2004) são também válidas para a especificidade do exercício da enfermagem, nomeadamente no que respeita à satisfação no trabalho, ao stress e ao burnout.

4.2.5.1. Valores e satisfação no trabalho

Para Super (1970), os valores intrínsecos podem levar à procura da satisfação no local de trabalho, enquanto que os valores extrínsecos estão associados a uma satisfação decorrente do próprio trabalho. A ênfase colocada nos valores intrínsecos ou extrínsecos pode ainda ser influenciada pela idade, fase do ciclo da vida e *status* profissional.

Os valores para o trabalho de quem trabalha em enfermagem, tendem a variar com a idade e a geração destes profissionais (Kupperschmidt, 1998), o que leva algumas enfermeiras com maior antiguidade a trocarem a função que desempenham no hospital por outras funções, mas também se repercute numa maior satisfação e compromisso

para com a instituição do que o demonstrado pela enfermeiras mais novas (Johnson, 1999).

Para Tzeng, Ketefian e Redman (2002), a satisfação que as enfermeiras experimentam no trabalho, tem um efeito de contágio no doente, que evidencia também uma boa satisfação no decurso do seu processo hospitalar.

De acordo com Verplanken (2004), quanto maior o grau de congruência dos valores pessoais das enfermeiras, com os valores que prevalecem nos serviços ou enfermarias em que trabalham, maiores os níveis de satisfação experimentados. A influência dos valores organizacionais sobre a satisfação no trabalho, observa-se particularmente nos valores que têm a ver com as relações humanas, tais como a autonomia, participação nos diferentes processos, trabalho de equipa, sensibilidade para as ideias apresentadas, lealdade e confiança.

Ou seja, as enfermeiras que privilegiam aqueles valores que se associam com as relações humanas e os percebem como prevalecendo no seu local de trabalho, em consequência do grau de satisfação que sentem, tendem a manifestar mais atitudes positivas nas enfermarias ou serviços em que prestam cuidados (Verplanken, 2004). Convém contudo referir que para este autor, a satisfação no trabalho também depende de outros factores, como o salário usufruído, o número de horas de trabalho e as condições para o seu exercício.

Para além da determinação da consonância axiológica já referida, a satisfação no trabalho é também influenciada pelo clima social vivenciado na enfermaria ou serviço—que pode ser observado no tempo disponibilizado pelas enfermeiras para falarem umas com as outras -, bem como pelas atitudes que resultam da qualidade deste clima laboral (Verplanken, 2004).

4.2.5.2. Valores para o trabalho em enfermagem

Luzón, Martínez e Salguero (2004), desenvolvem uma investigação que em que estudam os valores para o trabalho que caracterizam os profissionais de enfermagem, aplicando o questionário de valores para o trabalho EVAT30 de Arciniega e González (2000), tendo concluído que apesar dos valores colectivistas implicados no cuidar em

enfermagem, são os valores individualistas que predominam sobre os colectivistas na amostra de enfermeiros que estudam.

A associação formulada por Bouckenooghe e cols. (2004) - com base na revisão bibliográfica que realizaram -, integra uma linha de investigação emergente que procura compreender a relação dos valores com outras variáveis, designadamente e na consecução do objectivo principal deste estudo, com o stress e o burnout ao nível da enfermagem, pelo que interessa pensar o stress em enfermagem no âmbito da globalização, das estruturas organizacionais, dos stressores encontrados no decurso do exercício profissional, sejam no contexto da saúde, pessoais, interpessoais (nas relações com os utentes e os seus familiares, com os colegas de trabalho e com as chefias), curriculares e organizacionais.

No sub-capítulo seguinte, que se refere ao stress em enfermagem, são também abordadas as consequências deste stress e algumas técnicas para a sua redução, em que as respostas preventivas do stress são desconstruídas aos níveis contextual, pessoal, interpessoal, curricular e profissional.

4.3. Abordagem teórica do stress em enfermagem

Desde os primórdios da humanidade que existe a preocupação em compreender a relação entre as transformações ambientais e a fragilização da saúde ou o desenvolvimento da doença numa perspectiva multifactorial (Tache, 1978), sendo que alguns dos stressores de outrora se continuam a projectar na actualidade (Quintard, 2001).

Ainda para (Quintard, 2001), a concepção do Síndrome Geral de Adaptação (SGA) de Seyle, em que o stress é compreendido essencialmente como uma resposta fisiológica às agressões que vitimam o organismo, permitiu demonstrar pela primeira vez que as emoções não constituem um fenómeno apenas associado à expressão psíquica do sujeito, pois que têm repercussões físicas que induzem alterações orgânicas que solicitam os sistemas nervoso autónomo e neuroendócrino.

4.3.1. Globalização e stress em enfermagem

Vachon (2000), é da opinião que as recentes transformações ao nível da prestação dos cuidados de saúde se reflectem numa diversidade de tensões que fazem incrementar o stress do pessoal de enfermagem.

Lindholm, Dejin-karlsson, Östergren e Udén, (2003), também são da opinião que o facto de se exigir cada vez mais um trabalho de qualidade num ambiente geral de constrangimentos financeiros, associado a climas organizacionais caracterizados pela mudança e incerteza, constitui uma fonte de stress que se repercute no menor bem-estar físico e emocional destes profissionais e, consequentemente, na fragilização da qualidade das relações interpessoais estabelecidas no eixo hierárquico dos enfermeiros de uma instituição.

4.3.2. Estruturas organizacionais e stress

A teoria desenvolvida por Kanter (1977, 1993) para explicar as dinâmicas dos diferentes ambientes de trabalho em enfermagem, constitui uma excepção para Laschinger (2004), pois que este autor defende que as estruturas sociais existentes no trabalho, exercem uma maior influência nas atitudes e comportamentos do indivíduo, que as predisposições pessoais ou mesmo o processo de socialização. Quando uma instituição se preocupa com a adequação das suas estruturas às necessidades das pessoas, estas tendem a empenhar-se e gostar mais do seu trabalho, aspectos que se reflectem num decréscimo dos níveis de stress e burnout (Laschinger, 2004).

4.3.3. Stressores em enfermagem

A multifactorialidade dos stressores que têm sido associados às pessoas que exercem a sua profissão ao nível da enfermagem, para uma mais fácil compreensão das suas variáveis, pode ser estruturada aos níveis contextual, pessoal, interpessoal, curricular e organizacional, tal como se apresenta de seguida.

4.3.3.1. Stressores contextuais da saúde

A um nível de análise mais lato, a pressão que os diferentes sistemas de saúde colocam actualmente aos diferentes técnicos que desenvolvem a sua actividade nesta área com a intenção de rentabilizar os serviços prestados, é um dos grandes stressores que conduz inevitavelmente quer a sobrecargas laborais que não se coadunam com as exigências ao nível da prestação de cuidados de maior qualidade colocadas às enfermeiras – particularmente quando estas não dispõem dos recursos necessários para o melhor exercício da sua actividade, pelos constrangimentos financeiros impostos -, quer ao desenvolvimento de conflitos, seja junto da família – com quem passam mais tempo -, seja junto dos colegas de trabalho, que não conseguem providenciar o apoio desejado, muitas vezes também pelos constrangimentos administrativos e de gestão de tempo de que eles também são alvo (Sherman, 2004).

Num âmbito mais restrito, temos por um lado os trabalhos de Fillion e Saint-Laurent (2003), para quem as organizações de saúde têm que se esforçar por prestar o apoio emocional necessário e adequado à especificidade do exercício profissional em enfermagem, particularmente ao processo de sofrimento inerente ao acompanhamento em fim de vida, e, por outro lado, a investigação desenvolvida por Gil-Monte (2005), para quem - apesar da sobrecarga laboral e da diversidade de tarefas implicadas no seu exercício profissional -, as enfermeiras não se sentem valorizadas, reconhecidas, agradecidas e apoiadas, seja pelos doentes e seus familiares, seja pelos seus colegas e chefias, antes sentem uma pressão enorme, quer para continuarem a dar o seu melhor quando pouco ou nada lhes é oferecido, quer para não errarem, pois que quando têm uma situação ou dia maus, têm a ideia de que toda a sua anterior dedicação é menosprezada e substituída por uma consideração negativista e depreciativa. Contudo, quando sentem que o seu trabalho é reconhecido, rapidamente a preocupação relativa à questão dos baixos salários que usufruem passa para segundo plano.

Outro dos stressores específicos da enfermagem indicados por Gil-Monte (2005), remete para todo um conjunto de responsabilidades que extrapola os aspectos do mero exercício profissional, como o facto dos doentes questionarem a adequação do tratamento médico ou as condições e regras de funcionamento das diferentes unidades e serviços de saúde, e culpabilizarem sistematicamente os enfermeiros por tudo aquilo que não está ou não corre bem.

4.3.3.2. Stressores pessoais

Para Calhoun (1980) e Greenberg (1987), a inadequação das capacidades individuais à função exercida, o sentimento de não satisfação das expectativas e ambições formuladas e o grau de responsabilidade sentido no cuidar de pessoas que vivenciam com receio a possibilidade de estarem doentes ou virem a morrer, constituem alguns dos grandes stressores experimentados pelo pessoal de enfermagem.

O facto das enfermeiras testemunharem a doença e a morte no decorrer dos cuidados que prestam, pode reflectir-se no sentimento de uma maior vulnerabilidade psíquica à doença, na dificuldade emocional em lidar com a dor, e ainda na crença de que os bons profissionais são capazes de gerir melhor os sentimentos e emoções stressantes (Rando, 1984).

Zerwekh (1993), refere que as enfermeiras que tendem a desenvolver menos stress aquando da morte de um utente, são por norma mais religiosas, tendem a apresentar e actuar uma filosofia de vida mais objectiva e realista, optando em viver no presente ao invés de no passado ou no futuro.

De acordo com Vachon (1995), as diferentes variáveis pessoais exercem influência no modo como os enfermeiros experimentam o stress. Alguns dos aspectos personalísticos que caracterizam o pessoal de enfermagem, tais como a tendência para o perfeccionismo ou o estabelecimento de um relacionamento afectivo próximo para com o utente, podem conduzir a uma fadiga crónica ou ao burnout.

Para Van Staa (2000), a idade das enfermeiras representa um outro factor que interfere negativamente no desenvolvimento do stress e, por outro lado, a história da construção do psiquismo de cada um exerce também um papel crucial na predisposição para o burnout.

Contudo, para Vachon (1995), são precisamente os cuidados prestados junto daqueles doentes e famílias que experimentam o avanço gradual da doença ou a instalação de estados terminais que culminam na morte, que fazem com que as enfermeiras tomem também consciência das suas próprias perdas e vulnerabilidades e receiem a sua morte, aspectos que se reflectem no incremento dos níveis de ansiedade e stress.

Para Fillion e Saint-Laurent (2003), os stressores pessoais são de ordem emocional e observam-se particularmente ao nível da prestação dos cuidados paliativos, tendo um impacto psicológico que constitui também uma fonte de emoções positivas, pois que o acompanhamento no final da vida pode ser uma experiência enriquecedora.

4.3.3.3. Stressores interpessoais

De acordo com Calhoun (1980) e Greenberg (1987), são vários os conflitos interpessoais existentes ao nível da enfermagem, sendo nesta perspectiva que Vachon (2001) introduz o conceito de stress traumático secundário, não só como produto das exigências comunicacionais e habilidades psicossociais actuadas pelas enfermeiras junto dos pacientes e familiares, mas também como consequência quer do cuidar de famílias disfuncionais e com comportamentos aditivos ou delinquentes, quer do conhecimento de outras situações traumáticas e de sofrimento.

Curiosamente, para Fillion e Saint-Laurent (2003), as dificuldades de comunicar e de cooperar em equipas multidisciplinares constituídas para assistir os indivíduos na doença - que estão também por detrás do grau de insatisfação do enfermeiro -, integram a taxonomia dos stressores profissionais. Esta concepção deixa implícita a ideia dos stressores serem equacionados em função de um perfil para o exercício profissional da enfermagem.

Já Gil-Monte (2005) refere as relações interpessoais que se estabelecem com os doentes e familiares, os colegas e as chefias, como sendo alguns dos principais stressores em enfermagem. Com base num conjunto de entrevistas realizadas por este autor, é possível constatar que as enfermeiras se queixam da tendência actual para o individualismo e da consequente perda do sentido de grupo e do apoio proporcionado pelos pares, supervisores e chefes.

O quotidiano dos cuidados de saúde ao nível da enfermagem é descrito como uma sequência de pequenas frustrações essencialmente decorrentes do negativismo e conflitualidade das relações interpessoais que se estabelecem com os doentes e familiares, os colegas e as chefias, tal como se constata na descrição destes quatro níveis de relações que se apresenta de seguida (Gil-Monte, 2005).

4.3.3.3.1. Relações com os utentes

Ao nível dos utentes, verifica-se que os diferentes sentimentos de impotência que estes experimentam no decorrer da fragilização física e psíquica imposta pelo corpo doente, é muitas vezes projectada em atitudes verbal ou fisicamente agressivas para com aqueles profissionais que permanecem as 24 horas do dia ao seu lado, as enfermeiras, como se o corpo sofrido não lhes deixasse espaço para a expressão dos sentimentos e do agradecimento.

No exercício dos direitos que lhes assistem, mas também no esquecimento dos deveres e responsabilidades para com o outro, alguns doentes tratam as enfermeiras como se não necessitassem dos seus serviços ou como alguém que está somente a cumprir as suas obrigações profissionais, não as reconhecendo como pessoas e como profissionais, inviabilizando deste modo a possibilidade de se estabelecer uma relação de confiança importante para a sua própria recuperação e qualidade de vida.

Curiosamente, alguns destes profissionais de saúde aceitam estas diferentes manifestações de agressividade como um dos aspectos negativos do seu exercício profissional, enquanto que outros sentem que estão a cuidar de alguém que lhes quer mal e os trata sem qualquer respeito, o que por vezes os leva mesmo a perceberem o doente como um inimigo acerca do qual se devem dar informações aos colegas no momento de passagem de turno, utilizando categorias para os definir e classificar que podem ir desde o agradável e simpático até ao insuportável e asqueroso.

4.3.3.3.2. Relações com os familiares dos utentes

No que respeita aos familiares, é com alguma frequência que se verifica que as expectativas que estes colocam sobre os profissionais de enfermagem que prestam os seus cuidados, representam uma fonte de tensões e de conflitos interpessoais, particularmente quando a recuperação da pessoa que lhe é querida diverge daquela que idealizaram ou desejaram, ou há um qualquer contratempo ou erro por parte destes profissionais. Esta é uma das razões por que muitas enfermeiras consideram a relação com os familiares do utente como um dos principais stressores no que respeita ao desenvolvimento da exaustão emocional.

4.3.3.3.3. Relações com os colegas de trabalho

No âmbito da convivência e relações interpessoais estabelecidas entre as enfermeiras, a principal razão apontada como stressora e contribuidora para o padecimento de burnout, é o individualismo generalizado na incapacidade quer de se estabelecer um relacionamento interpessoal não conflituoso, quer de se apoiarem mutuamente e de se construírem cumplicidades, circunstâncias que contribuem para a fragilização da auto-estima, para o desenvolvimento de sentimentos de culpa e para a maior propensão para o erro.

4.3.3.3.4. Relações com as chefias

Aos serviços de saúde, nomeadamente no que respeita aos órgãos directivos, é-lhes imputada a exarcebação dos direitos dos doentes, que para os enfermeiros tem muito a ver com o facto dos cargos de direcção decorrerem de uma nomeação política, pelo que as pessoas que exercem estas funções se sentem obrigadas a agradar aos doentes por forma a adquirirem mais popularidade. Por outro lado, à direcção e supervisão de enfermagem, é-lhes atribuída quer a sobreposição de funções e responsabilidades, quer o desconforto que as enfermeiras sentem quando compreendem que o médico não cumpriu com a sua responsabilidade de explicar e prestar todas as informações ao doente, dificultando deste modo o exercício da sua actividade.

4.3.3.4. Stressores curriculares

De acordo com Calhoun (1980) e Greenberg (1987), a falta de formação, a necessidade ou obrigatoriedade de trabalhar com novas tecnologias, configuram um conjunto de stressores que abrangem também as enfermeiras.

Para Van Staa (2000), a experiência das enfermeiras interfere negativamente no desenvolvimento do stress, sendo neste sentido que Farber, Egnew, Herman-Bertsch, Taylor e Guldin, (2003) referem que os profissionais de saúde menos experientes tendem a centrar-se mais no exercício das suas competências técnicas, enquanto que aqueles com mais de 10 anos de experiência procuram implicar-se mais com o doente e a família, estabelecendo uma relação terapêutica aberta e baseada na confiança e no compromisso.

A experiência clínica permite não só reconhecer a natureza stressante dos cuidados prestados junto de alguém doente ou a morrer, como possibilita ainda compreender as perspectivas do doente e da família, e o significado desta experiência para eles (Sherman, 2004).

4.3.3.5. Stressores organizacionais

Para Calhoun (1980) e Greenberg (1987), alguns dos principais stressores das enfermeiras que exercem a sua actividade no meio hospitalar têm a ver com: a sobrecarga laboral aos níveis físico e psíquico; não adaptação dos recursos disponíveis para o exercício profissional; sub-aproveitamento das capacidades e formação profissionais; não clarificação das responsabilidades ao nível profissional ou ambiguidade nos papeis desempenhados; não participação nos processos de tomada de decisão ou de planeamento.

De acordo com Gray-Toft e Anderson (1981), os principais stressores em enfermagem são a sobrecarga laboral - enquanto fonte de stress organizacional que se relaciona com o conflito e a ambiguidade de papeis -, e o nível de responsabilidade que segundo McIntyre (1994), tende a ser um stressor tanto maior quanto menor a possibilidade de participar nos processos de tomada de decisão.

McIntyre (1994) associa ainda a sobrecarga laboral e o stress que daí decorre, ao carácter inesperado e urgente das situações com que estes profissionais se deparam no seu quotidiano. Quanto ao stressor a que concerne a ambiguidade de papeis apontada nos inúmeros estudos acerca do stress em enfermagem, este autor procura explicar a sua origem com base na percepção generalizada destes profissionais, de que o trabalho que desenvolvem junto dos utentes é simultaneamente compensador e física e psiquicamente árduo, uma vez que os enfermeiros têm que gerir a consonância das suas atitudes pessoais com as expectativas quer dos doentes e familiares, quer dos seus superiores e colegas de trabalho.

Contudo, Leppanen e Olkinuora (1987), citados por McIntyre (1994), concluem que as enfermeiras consideram o seu trabalho gratificante, seja pelo significado e importância dos serviços prestados, seja pela possibilidade de actuarem e

desenvolverem as suas capacidades profissionais, seja ainda pelos permanentes desafios implicados no exercício da sua actividade.

O subaproveitamento e o sobreaproveitamento das competências pessoais e profissionais, assim como todos os aspectos implicados na interdisciplinaridade necessária a quem cuida, representam dois grandes stressores para as enfermeiras (McWilliam, 1993), pois que muitas vezes se reflectem em modelos de gestão inadequados, sobrecarga laboral e desenvolvimento de conflitos a vários níveis (Isenalumhe, 2000).

Também para Fillion e Saint-Laurent (2003), os principais agentes stressores em enfermagem são de natureza organizacional, uma vez que estes profissionais têm que exercer a sua actividade em sistemas de saúde muitas vezes desorganizados e sem os recursos necessários para acompanhar e salvaguardar a dignidade dos utentes no final da sua vida, bem como o respeito pelos seus valores pessoais.

Para Sherman (2004), o stress tende a ser tanto maior quanto mais dissonantes forem os valores que regulam a prática em enfermagem, dos valores pessoais de cada um destes profissionais, e, por outro lado, tende também a evidenciar-se quando as enfermeiras se vêm confrontadas com dilemas éticos ou morais, muitas vezes decorrentes da divergência acerca do que é melhor para o utente relativamente à família, e da percepção da sua eficácia profissional, por vezes questionada também pelos familiares do doente, ou pelos próprios colegas ou chefes, particularmente quando ocorre algum incidente clínico.

Baseando-se numa extensa revisão bibliográfica dos estudos realizados acerca do stress e do burnout em enfermagem, Sherman (2004) afirma que os níveis de stress e burnout encontrados podem variar de acordo com as especialidades existentes, apontando como exemplo o facto do stress de quem trabalha nos cuidados paliativos tender a ser menor do que aqueles que trabalham noutras áreas, tal como a oncologia.

4.3.4. Consequências do stress em enfermagem

Para Kandolin (1993), o facto de médicos e enfermeiros terem elevadas exigências emocionais no exercício das suas actividades traduz-se num afastamento e

privação emocional e social nos diferentes contextos de trabalho e num stress ocupacional específico.

Não é pois de estranhar que a fragilização do bem-estar pessoal, da saúde mental e da capacidade de prestar cuidados adequados, representem algumas das reacções adversas ao stress actuadas por médicos e enfermeiros (Mcintyre, 1994).

Para Marino (1998), as enfermeiras podem sentir-se social e emocionalmente isoladas, ou mostrarem mesmo a intenção de deixarem de exercer a sua função ou abandonarem o seu posto de trabalho, por um lado, por não se apoiarem mutuamente e prestarem o apoio emocional necessário umas às outras aquando da morte de um paciente, e, por outro lado, por não lhes ser concedido o tempo necessário para se recompor e a oportunidade de terem novas responsabilidades e deveres.

Vachon (1998), numa investigação acerca dos stressores e manifestações de stress ao nível da oncologia e da prestação dos cuidados paliativos, conclui também que um relacionamento interpessoal de menor qualidade no trabalho, assim como uma falta de apoio emocional, são aspectos que se reflectem numa fragilização da auto-estima e numa diminuição da eficácia dos enfermeiros.

O consumo de álcool e droga, a depressão e a prevalência de ideias suicidas, constituem alguns dos comportamentos que tendem a ser evidenciados pelos profissionais de saúde, pelo que seria importante não só compreender os stressores específicos de cada uma das especialidades de enfermagem, como actuar também todo um conjunto de práticas de suporte organizacionais, para que as enfermeiras possam assegurar permanentemente a continuidade de um nível de prestação de cuidados óptimo, mesmo perante os casos de morte (Vachon, 2000).

4.3.5. Técnicas de redução de stress

Calhoun (1980) e Lindstorm (1992), apontam como factores redutores do stress ocupacional, o clima de cooperação e de trabalho de equipa, a coesão do grupo, a racionalização das tarefas atribuídas e a participação do doente.

Por forma a reduzir os níveis de stress sócio-emocional dos profissionais de saúde, têm sido criados e disponibilizados espaços próprios para estes se descontraírem, promovidos grupos de discussão e aconselhamento individual ou grupal, e ensinados métodos de redução de stress, como técnicas de relaxamento (Mcintyre, 1994).

De acordo com Keidel (2002), os estudos científicos que venham a ser desenvolvidos neste âmbito, devem não só procurar identificar e reconhecer as diferentes fontes de stress e ansiedade, e os factores que as exponenciam, como promover também o conhecimento dos níveis e sintomas associados ao stress e ao burnout, para que as enfermeiras tenham a capacidade de os distinguir em si próprias e nas colegas, actuarem as medidas necessárias para a redução da intensidade, duração e frequência dos sintomas de cada um destes quadros clínicos.

De acordo com Silva (2005), as estratégias de coping que os profissionais de enfermagem tendem a usar perante situações que percebem como stressantes, são respectivamente a resolução planeada de uma qualquer situação problema, a responsabilização e a procura do apoio social.

4.3.5.1. Resposta e prevenção do stress em enfermagem

Cada um dos factores observado como potencial stressor, merece uma resposta preventiva que se deverá estruturar também aos níveis contextual, pessoal, interpessoal, curricular e organizacional, tal como se pretende apresentar de seguida.

4.3.5.1.1. Resposta ao nível contextual

Para Vachon (2000), quando se pensa nas estratégias a actuar junto das enfermeiras por forma a capacitá-las a gerir as situações de dor e morte, torna-se importante providenciar a discussão dos pacientes, seja na passagem de turnos, seja em espaços providenciados propositadamente para essa finalidade, particularmente se o tempo for orientado para a reflexão do que aconteceu aquando da morte de um paciente, que cuidados foram prestados e que ensinamentos é que se podem retirar desses momentos.

Por outro lado, de acordo com Sherman (2004), seria ainda importante que a escolha de uma carreira de enfermagem, estivesse fundamentada também no conhecimento dos cuidados que se têm que prestar junto dos seus doentes e das suas famílias.

4.3.5.1.2. Resposta ao nível pessoal

De acordo com Wright (2000), é importante deslocar a tendência da procura de soluções externas para os problemas, para o encontro de soluções internas através da atenção que merecem os pensamentos, os sentimentos e as acções, ao nível das conexões mente, corpo e espírito, e no contributo que estas têm para o equilíbrio das enfermeiras.

Para Martin (2002), as enfermeiras podem atenuar e prevenir os seus níveis de stress e burnout ou mesmo permanecer saudáveis, exercitando o seu poder pessoal, ou seja, desenvolvendo a capacidade de controlar todas as acções da sua vida pessoal e profissional. As enfermeiras dever-se-iam preocupar em reconhecer as reacções e sintomas que desenvolvem face ao stress, para assim actuarem as estratégias adequadas ao seu reequilíbrio físico, emocional, mental e espiritual.

Com base nos trabalhos de Kunz (1995), esta autora visualiza cada pessoa como uma manifestação energética, que quando em desequilíbrio pode conduzir à doença, integrada por quatro áreas que as enfermeiras deveriam considerar quando cuidam de si: vital, associada à dimensão física; emocional, relacionada com os sentimentos; mental, integrando as crenças, os pensamentos, as ideias e as representações mentais; intuitiva, referindo-se à sensibilidade, compaixão e criatividade.

Sherman (2004) propõe que os stressores em enfermagem se reduzam tomando como prioritária a prestação dos cuidados que as enfermeiras podem vir a ter por si próprias, processo em que se devem compreender melhor enquanto pessoas, seja ao nível das suas crenças e ideias pessoais, tomadas na sua generalidade e perspectivadas também para o papel que desempenham como profissionais, seja ao nível emocional, pelo desenvolvimento da auto-confidência, pela confiança nos instintos e intuições, e pela possibilidade de avaliar as suas capacidades e limitações pessoais.

4.3.5.1.3. Resposta ao nível interpessoal

Sherman (2004) refere não só a importância de falar com os colegas ou alguém com formação especializada, como também o interesse de reflectir acerca das relações com o doente, a sua família, os colegas de trabalho e os amigos.

De acordo com Sherman (2004), as enfermeiras dever-se-iam obrigar a um exercício de reflexão acerca das recompensas decorrentes da prática clínica, tais como aqueles momentos em que as suas capacidades de dedicação, conforto e partilha fizeram a diferença perante os doentes e seus familiares, particularmente quando, por um lado, sentem que o seu compromisso para com a instituição está fragilizado e têm necessidade de o reforçar, ou, por outro lado, quando as relações com os outros estão por algum motivo dificultadas. A autora sugere mesmo que estas memórias podiam constar de um livro ou jornal, em que as enfermeiras pudessem exprimir livremente os sentimentos que nutriram quando cuidaram de alguns doentes em particular.

Aquelas enfermeiras que trabalham com doentes em estado terminal, acabam por tomar consciência de que cada dia pode ser o último das suas vidas, pelo que têm mais possibilidades de compreender o quanto importante é viver cada momento e reconhecer o que as faz verdadeiramente felizes (Sherman, 2004).

As enfermeiras, particularmente aquelas que trabalham com doentes à beira da morte, devem actuar algumas iniciativas com o objectivo concreto de promover a sua harmonia e saúde aos níveis físico, emocional, mental e intuitivo, que Sherman (2004) sintetiza do seguinte modo:

- a) Saúde física. As enfermeiras dever-se-iam preocupar com a sua preparação e saúde físicas através, seja de hábitos de alimentação saudáveis, seja pela prática regular de exercício físico como ginástica aeróbica, desportos, yoga, caminhadas, seja dormindo o número de horas necessárias para o seu restabelecimento e procurando a tranquilidade através do exercício de actividades relaxantes como banhos de imersão, massagens regulares, procura de terapias alternativas como o biofeedback e a acupunctura;
- b) Saúde emocional. Os profissionais de enfermagem podem potenciar a sua saúde emocional, por um lado, colocando de lado e desvalorizando os

pensamentos negativos, e, por outro lado, procurando tranquilizar-se e desenvolver uma mente calma e plena de pensamentos positivos que lhes possibilite reconhecer e usufruir as emoções positivas do seu dia-a-dia, relacionar-se positivamente com os outros, brincar com as pessoas, falar abertamente com os colegas acerca de conceitos e emoções, sair, etc. Só assim tomarão consciência de que o desgaste da sua profissão não domina a sua vida;

c) Saúde mental. Tem muito a ver com as opções que se tomam em resposta ao stress. É importante que as enfermeiras tenham as suas prioridades definidas, aprendam a dizer que não quando estão sobrecarregadas de trabalho, não entrem em conflitos, e, por fim, mantenham a mente aberta a novas ideias que lhes permitam ultrapassar os pensamentos disruptivos que por vezes as invadem. A formação contínua e a ocupação dos tempos livres devem pois integrar a lista de prioridades das enfermeiras;

d) Saúde intuitiva. As enfermeiras devem perspectivar ainda diferentes modos de promover diariamente a sua harmonia e paz interiores, através do contacto com a natureza, da meditação, relaxação e cultura da quietude e silêncio, abstraindo-se dos diferentes ruídos internos e externos, para assim se permitirem um comportamento verdadeiramente intuitivo e integrador das consequências das opções tomadas.

4.3.5.1.4. Respostas ao nível curricular e profissional

Tendo por base toda a bibliografia encontrada, evidencia-se como consensual que as políticas administrativas dos serviços de saúde devem integrar todos os níveis institucionais, nomeadamente na providência dos recursos humanos e materiais necessários para um exercício profissional multidisciplinar de qualidade, apenas possível pela não sobrecarga laboral e pela promoção de processos de formação e qualificação contínuos, pois que estes são alguns dos aspectos que se podem converter em stressores sistémicos, não controlados directamente pelos enfermeiros.

4.4. O burnout em enfermagem

Para Pronost (2001), o burnout tem origens externas associadas à situação de stress e à intensidade das relações, e internas relacionadas com a socialização, história,

vulnerabilidade e idealismo da pessoa, pelo que representa antes de mais uma crise pessoal. É pois neste enquadramento, que é também partilhado por muitos outros autores, que as considerações teóricas acerca do stress em enfermagem cedem lugar a uma reflexão teórica orientada para a compreensão do burnout nestes profissionais de saúde.

De acordo com um levantamento de dados epidemiológicos de Silverstein (1986), o burnout já teria sido estudado em mais de 25 profissões. Em relação a enfermagem, podem-se referir alguns estudos realizados ao longo dos últimos anos por Maslach e Jackson (1982), Firth e Britton (1985), Meier (1988), Topf (1989), Gil e Schaufelli (1991), Izquierdo (1991), Ogus (1992), Thompson e Cooper (1993), Reilly (1994), Papadatou e cols. (1994), Gil e cols. (1996), Martín, Viñas e Pérez (1996).

O conjunto de circunstâncias que caracteriza o exercício da enfermagem, conduz a um afastamento gradual do enfermeiro, que assim vai como que construindo uma couraça à prova dos imprevistos com que se vai confrontando na percepção do actual cenário de guerra da saúde, que se revela contudo inútil face à instalação de um sentimento de culpa, de ineficácia e incapacidade profissional (Gil-Monte, 2005).

Bernal e cols. (2006), num trabalho que desenvolvem ao nível da enfermagem, referem que o desgaste dos profissionais de saúde que trabalham ao nível da relação de ajuda, tem originado múltiplos estudos acerca do burnout, particularmente ao nível dos serviços de urgência e dos cuidados intensivos, com o objectivo de compreender toda a sua complexidade e multicausalidade, sobretudo no que diz respeito aos factores que integram variáveis que podem ser observadas desde um nível individual até um nível organizacional.

No que respeita ao conhecimento do burnout em enfermagem, as pesquisas bibliográficas foram particularmente orientadas para a sua contextualização, conhecimento das variáveis que contribuem para o incremento deste síndrome (interpessoais, pessoais e relação com outras variáveis), consequências e estratégias de coping.

4.4.1. Contextualização do burnout em enfermagem

Paine (1982) é um dos primeiros autores que apresenta uma taxonomia com 47 sintomas que organiza em cinco categorias distintas características do burnout:

- a) Sintomas físicos. Fadiga, dores musculares, esgotamento físico, alterações funcionais dos sistemas respiratório, cardiovascular, digestivo, reprodutor, nervoso, etc.;
- b) Sintomas comportamentais. Actuação quer de comportamentos aditivos – que se traduzem no consumo de fármacos, estimulantes, álcool, café, tabaco, etc. -, quer de comportamentos de risco, quer ainda de comportamentos hiperactivos e agressivos;
- c) Sintomas emocionais. Evidenciam-se ao nível da adaptação e traduzem-se na paranóia, depressão, exaustão emocional, receio de enlouquecer, etc.;
- d) Sintomas interpessoais. Alteração do relacionamento com os outros, observada na tendência para o isolamento pessoal, na indiferença e frieza para com as pessoas que serve e com quem trabalha, na não comunicação e na predisposição para os conflitos interpessoais;
- e) Sintomas atitudinais. Manifestação de atitudes cínicas e irónicas particularmente para com os clientes, como resultado das sensações de impotência, frustração e fracasso, e, por outro lado, da alteração ao nível das crenças e dos valores dos indivíduos.

Para Yancik (1984), o burnout das enfermeiras que trabalham com pessoas em estados de saúde fortemente debilitados, caracteriza-se essencialmente pela disfuncionalidade psicológica e social resultantes de uma exposição permanente ao sofrimento, à procura incessante da compreensão e compaixão, e mesmo à morte.

Já para Greenberg (1987), o síndrome de burnout nos profissionais de saúde, nomeadamente médicos e enfermeiros, integra elementos objectivos e subjectivos, psicológicos e psicossomáticos, tais como queixas de natureza física, tendência para o isolamento, depressão e absentismo.

No caso destes profissionais trabalharem por turnos, o cansaço psicológico, a perda gradual da satisfação pelo trabalho realizado e o endurecimento das atitudes, representam algumas das principais consequências do burnout (Kandolin, 1993).

Resulta então óbvio que quando as enfermeiras experimentam um stress permanente durante longos períodos de tempo, surgem inevitavelmente reacções emocionais e físicas adversas aos stressores ambientais, que se traduzem negativamente seja no seu bem-estar, compromisso para com a instituição e capacidade de avaliação de situações, seja nos níveis de stress e burnout apresentados (Meier, 2001).

De acordo com Gil-Monte (2001), o contacto directo que as enfermeiras estabelecem com os pacientes e com os seus familiares no exercício da sua actividade, constitui a principal fonte de stress que leva ao desenvolvimento do síndrome de burnout. Quando inquiridas acerca dos sintomas e do processo de burnout que experimentaram, as enfermeiras verbalizaram a coexistência de sintomas que se podem categorizar aos níveis cognitivo (percepção de fracasso profissional, remorsos e sentimentos de culpa), afectivo (tédio, desgosto e frustração), atitudinais e comportamentais (desconfiança, deterioração da relações interpessoais, etc.).

Keidel (2002), descreve o burnout nos profissionais de saúde como um síndrome caracterizado por um conjunto de atitudes e comportamentos específicos, tais como a exaustão física, um auto-conceito negativo, uma diminuição da capacidade de atenção, uma perda de interesse pelos seus pacientes, sentimento de fúria, etc.

Numa investigação realizada com enfermeiras, Sherman (2004) distingue a sintomatologia do burnout em termos físicos e psicológicos. Para esta autora, os sintomas de natureza física manifestam-se em alterações do apetite, distúrbios gastrointestinais e ainda em todo um conjunto de somatizações (dores de cabeça, hiperactividade, qualidade do sono, fadiga, exaustão, etc., enquanto que os sintomas psicológicos se reflectem no desespero, diminuição da esperança, raiva, menor auto-confiança, menor auto-estima, distúrbios ao nível da memória, tendência para o isolamento, perda de capacidade de juízo crítico e de actuação racional.

Os diferentes problemas físicos, psíquicos e comportamentais que estão associados com o contexto laboral, têm sido tendencialmente interpretados pela

comunidade científica como uma consequência do burnout, que deveria então ser conceptualizado na delimitação dos sintomas que o caracterizam (Gil-Monte, 2005). Também este autor procura estruturar os sintomas que encontra na revisão bibliográfica que realiza acerca do burnout, de acordo com o efeito que estes provocam, em cinco níveis distintos:

- a) Afectos e emoções. Irritabilidade, ódio, exaustão emocional, etc.;
- b) Cognições. Experimentação do sentimento de incapacidade para o desempenho da sua função, percepção de ineficácia profissional, desrealização pessoal, baixa auto-estima, etc.;
- c) Atitudes. Desconfiança, cinismo, hostilidade, despersonalização e apatia;
- d) Comportamentos. Apresentação de queixas constantes, rigidez, isolamento, actuação de um comportamento paranóide e de desconfiança, manifestação de condutas agressivas para com o utente, dependência de fármacos, aumento de acidentes, absentismo;
- e) Fisiológico. Cansaço, dores de cabeça e de costas, hipertensão, insónia, gastrites e úlceras.

Para Gil-Monte (2005), a deterioração cognitiva, afectiva e atitudinal dos profissionais, antecede toda a sintomatologia comportamental e fisiológica encontrada ao nível das consequências do burnout.

4.4.2. Variáveis que contribuem para o burnout em enfermagem

As variáveis que contribuem para o burnout em enfermagem podem ser observadas aos níveis interpessoal e pessoal, e na relação do burnout com aspectos como a depressão, auto-estima, etc.

4.4.2.1. Variáveis interpessoais

Para Sherman (2004), as variáveis interpessoais que contribuem para o desenvolvimento do burnout em enfermagem, incluem também os stressores relativos

ao paciente e à família, nomeadamente no que respeita quer à aceitação da doença ou da iminência da morte, quer ao grau de deterioração do doente, quer à natureza stressante das interacções com os colegas.

De acordo com Keidel (2002), as identificações projectivas que os enfermeiros por vezes operam sobre os utentes que cuidam, seja pela proximidade da faixa etária, pelo aspecto da pessoa, pela formação pessoal ou académica, ou mesmo pela lembrança de alguém que lhes era próximo e que faleceu, fá-los reviver alguns dos seus medos pessoais e aumentar os sentimentos de culpabilidade ou de falta de controlo, aspectos stressores que a persistirem conduzem inevitavelmente ao burnout.

4.4.2.2. Variáveis pessoais.

Para Meier (2001), a incapacidade ou dificuldade de as enfermeiras lidarem com a morte e com o efeito cumulativo destas diferentes perdas, pode repercutir-se num quadro sintomático atípico caracterizado por sentimentos de raiva, culpa, frustração, irritabilidade, impotência, desadaptação, insónia, depressão, etc., particularmente quando associados seja a uma relação profissional de amizade prolongada, seja a um paciente revoltado ou depressivo, levam ao desenvolvimento de um stress crónico que muitas vezes culmina em burnout.

4.4.2.3. Relação do burnout com outras variáveis

Para Perlman e Hartman (1982), o conceito de burnout deveria abranger outros sintomas como a fragilização do auto-conceito e da auto-estima, rigidez, apatia, depressão, desconfiança, cinismo, atitudes negativas para com as pessoas que serve, etc. Contudo, nos últimos anos têm sido desenvolvidas algumas investigações que concluíram acerca da distinção teórica e empírica do burnout relativamente a constructos como a ansiedade, cansaço, insatisfação laboral, tédio, alienação, desencanto ou neurose existencial (Gil-Monte & Peiró, 1997).

A exaustão emocional e física, e o cinismo, tendem, por um lado, a evidenciarem valores tanto mais reduzidos quanto maiores forem o envolvimento, coesão, apoio, autonomia, orientação para a tarefa, clarificação da função e das normas por que se deve reger, espaço para a inovação e o conforto físico, e, por outro lado, a exibirem valores

mais elevados na presença de uma maior pressão, em que a menor coesão do grupo e a não clarificação dos papéis e das normas orientadoras, constituem os factores conducentes a uma menor eficácia ao nível da prestação dos cuidados em enfermagem (Queirós, 2005).

Figura 12 – Taxonomia dos antecedentes do burnout (adaptado de Gil-Monte, 2005)

ANTECEDENTES	VARIÁVEIS
Envolvente social da organização	Alteração das condições socio-demográficas - Explosão demográfica das populações de referência - Sobrecarga laboral
	Mudanças legislativas - Transformação da identidade profissional - Mudança da responsabilidade jurídica
	Transformações culturais - Deterioração do prestígio social - Degradação das relações com os clientes - Manifestação de comportamentos física e verbalmente agressivos
	Evolução das condições tecnológicas - Sobrecarga qualitativa de trabalho - Expectativas irreais ao nível profissional
Sistema físico-tecnológico da organização	Modificação da concepção de trabalho - Exigência de um trabalho cada vez mais emocional
	Política organizacional Tipo de apoio prestado aos trabalhadores Subcontratação de serviços Variáveis estruturais - formalização - centralização - complexidade
	Estrutura burocrática da organização - mecânica - profissionalizada
	Normas burocráticas Tecnologia da organização Desenho das funções
Sistema interpessoal da organização	Conflito e ambiguidade dos papéis laborais - Grau de incerteza na relação com os clientes - Implicação nos problemas dos clientes - Não controlo do resultado das tarefas executada
	Ausência de apoio social por parte da direcção, dos supervisores e dos colegas
	Existência de conflitos interpessoais
	Não reciprocidade nas trocas sociais Propagação do burnout por aprendizagens por modelação
Sistema Pessoal dos elementos da organização	Baixa auto-eficácia
	Motivação para ajudar os outros - Altruísmo - Orientação para o grupo ou equipa
	Características socio-demográficas - Género - Idade - Habilitações literárias, etc
	Aspectos personalísticos - Personalidade resistente ou do tipo A - Locus de controlo e mecanismos de enfrentamento - Afectividade negativa - Extroversão, afabilidade, rigidez, neuroticismo e abertura a experiências

Uma vez que a enfermagem é uma das populações mais estudadas por Gil-Monte (2005) no sentido de compreender o síndrome de burnout, torna-se importante observar a taxonomia dos antecedentes do burnout que este apresenta, até pela sua actualidade relativamente à realidade da enfermagem em Portugal.

Tal como se pode observar na figura 12, os dois grandes stressores que podem resultar no desenvolvimento de uma resposta de burnout, são o contexto em que se desenvolve a actividade profissional e as diferentes condições laborais, sendo que estas condições de trabalho se estruturam ao nível dos antecedentes sociais, antecedentes associados às características físicas e tecnológicas da organização, antecedentes interpessoais e antecedentes individuais. Os antecedentes sociais têm a ver quer com as diferentes transformações dos mercados de trabalho e formas de trabalhar que cada vez mais implicam um maior ritmo e envolvimento emocionais, quer com a transformação das culturas ocidentais em que, por um lado, os valores individualistas por que se regem os indivíduos se traduzem em comportamentos cada vez mais hedonistas e orientados para o bem-estar e aquilo que se considera como qualidade de vida, e, por outro lado, os direitos dos indivíduos consagrados nas constituições dos seus países se sobrepõem a qualquer outro tipo de obrigação para com os outros e para com as instituições (Gil-Monte, 2005).

4.4.3. Consequências do burnout

De acordo com Maslach (1978), o burnout em enfermagem está relacionado com os comportamentos aditivos, o absentismo, a frieza no relacionamento com o paciente, as expressões psicossomáticas e a expressão da fadiga.

Os factores relacionados com o stress laboral vulgarmente designado por burnout, quando não solucionados, podem resultar na doença, abuso de substâncias, conflitos familiares e mesmo suicídio (Marino, 1998).

Para Meier (2001), o contacto próximo que as enfermeiras estabelecem na sua prática clínica junto dos doentes e dos seus familiares, pode levar ao desenvolvimento de sentimentos de culpabilidade, ambivalência, frustração e desespero, por um lado, e

de pensamentos negativos acerca do utente, da obrigação de o salvar, ou acreditar que as suas queixas e reclamações têm uma intenção manipuladora, por outro lado.

Meier (2001), refere também que o stress e o burnout podem ter consequências significativas não só ao nível da enfermagem, mas também dos utentes, uma vez que as enfermeiras podem não transmitir toda a informação necessária à equipa que integram, diminuir o nível de qualidade da prestação de cuidados, manter um contacto com o doente para além do necessário, desenvolver um comportamento de evitamento ou descompromisso para com aquele utente que esteja em sofrimento ou apresente um diagnóstico mais reservado, ou aumentar a sua insatisfação para com o trabalho até um nível crónico, não sendo por isso de estranhar que as enfermeiras experimentem cada vez mais sentimentos de solidão profissional, de perda do significado e objectivos do seu exercício clínico, de falta de clarificação dos papéis profissionais que desempenham, e, finalmente, de cinismo.

Segundo Keidel (2002), em termos sociais o burnout resulta na perda de interesse evidenciada pelas enfermeiras no contacto com os outros, e na degradação do relacionamento interpessoal a longo prazo, que se manifesta em comentários depreciativos ou piadas inapropriadas e desrespeitosas acerca do doente, e também na tendência para o início de conflitos no trabalho ou em casa.

Quando o burnout organizacional se repercute na rotatividade, faltas ao trabalho e decréscimo de produtividade do pessoal de enfermagem, os doentes tendem também a apresentar-se menos satisfeitos para com os cuidados de serviço prestados, e, consequentemente, os custos financeiros para a instituição aumentam (Sherman, 2004).

Para Gil-Monte (2005), as principais consequências do burnout manifestam-se na depressão, absentismo e maior propensão para a ocorrência de acidentes de trabalho. Quando se está sob burnout tende a subsistir um sentimento permanente de culpa e de que não se fez tudo aquilo que se deveria, pelo menos da forma mais adequada. Deixa-se de pensar que os outros são culpados para se passar a acreditar na sua própria culpabilidade e ineficácia. As frustrações que foram sendo gradualmente acumuladas, começam por manifestar-se no sentimento de exaustão emocional, cansaço e irritabilidade, passando por vezes para a adopção de alguns comportamentos aditivos referentes ao consumo exagerado de café, álcool, fármacos, etc., e, por último, no

desenvolvimento de comportamentos de tédio para com todas as pessoas, na incapacidade em deixar de falar acerca do trabalho, ou no desejo e necessidade de sair e não ir trabalhar.

Levantar-se de manhã torna-se um sacrifício e tem-se a sensação que não há dinheiro algum no mundo que pague o trabalho que se tem. Ou seja, questiona-se o trabalho que se pensou fazer toda a vida, enveredando-se muitas vezes pelo abandono do trabalho e pela percepção que é impossível voltar-se atrás e esquecer o sistema de trabalho ao nível da saúde, bem como as condições laborais. Não menos importante, é o facto das enfermeiras considerarem que o modo como devem procurar ultrapassar o burnout, passa pela decisão de considerarem as pessoas como pessoas (Gil-Monte, 2005).

4.4.4. Burnout e estratégias de coping

Para Pronost (2001), a formação das enfermeiras no âmbito dos diferentes cuidados que prestam, nomeadamente ao nível paliativo, contribui para o desenvolvimento de estratégias de coping mais eficazes, positivas e adaptadas face ao impacto do burnout resultante do confronto com as mortes sucessivas dos pacientes que cuidam. A formação suprarreferida tem por objectivo a promoção das três competências básicas: saber (domínio cognitivo ou conceptual), saber-fazer (domínio técnico ou sensório-motor) e saber ser ou estar (domínio psico-afectivo ou relacional).

Silva (2005), diz-nos que as estratégias de coping que os profissionais de enfermagem tendem a usar perante situações que percebem como stressantes, são respectivamente a resolução planeada de uma qualquer situação problema, a responsabilização e a procura do apoio social.

4.5. Relação dos valores com o stress e o burnout

A discrepância entre os valores que tipificam os profissionais de saúde no exercício prático da ciência em que se formaram, e os valores por que se regulam os administradores dos diferentes serviços de saúde - que deve ser compreendida no âmbito dos condicionalismos sócio-políticos e económicos -, parece traduzir-se em todo

um conjunto de constrangimentos e conflitos geradores de stress, em que os riscos psicossociais surgem como uma consequência do exercício profissional que se reflecte na qualidade das relações interpessoais desenvolvidas no contexto de trabalho – que em certa medida depende do desenho dos postos de trabalho, do treino e da formação dos trabalhadores -, razões por que os valores se podem também relacionar com o burnout, sendo nesta linha de raciocínio que se procura compreender a relação dos valores com o stress e o burnout.

Para Virginia Henderson (cit. por Boittin, Lagoutte & Lantz, 2002), o facto de uma pessoa infringir o seu sistema de valores, faz com que esta desenvolva, ainda que de maneira difusa, um estado de stress que se pode manifestar num sentimento de culpabilidade e em ansiedade, angústia ou mesmo dúvidas quanto ao significado da própria existência. Do mesmo modo, assim que as normas sociais são violadas ou deixam de ser eficazes e que os valores entrem em conflito ou desapareçam, instala-se um sentimento de ambivalência que torna a vida mais difícil, pois que se perdem as referências e se deixa de saber aquilo em que se pode acreditar.

Considerando que o stress decorre também da não satisfação das necessidades do indivíduo, torna-se importante referir a teoria da auto-determinação de Deci e Ryan (1985), não só pela sua relação com a tipologia de valores de Schwartz (Sagiv & Schwartz, 2000), como também pela sua relação com o stress (Knoop, 1993).

A teoria preconizada por Deci e Ryan (1985) estrutura os valores numa única concepção bipolar em que, de um lado, temos os valores intrínsecos, que providenciam uma satisfação directa baseada na verdade e na procura do bem-estar pessoal de uma forma isenta de contingências, como a autonomia e a competência, enquanto necessidades psicológicas básicas e inatas, e, do outro lado, temos os valores extrínsecos, que proporcionam apenas uma satisfação indirecta das necessidades inatas do sujeito, de que são exemplos o dinheiro, o sucesso, a imagem pública e o poder. Esta teoria assenta ainda no pressuposto de que as pessoas orientadas mais para a prossecução de objectivos e necessidades intrínsecas, experienciam um maior bem-estar do que aquelas reguladas por necessidades extrínsecas, mais stressantes, pois que implicam um envolvimento do ego nas diferentes actividades.

Para Koop (1993), apenas os valores intrínsecos relacionados com o trabalho conseguem explicar as dimensões física, emocional e mental do stress. Com base na teoria da auto-determinação de Deci e Ryan (1985), Sagiv e Schwartz (2000) desenvolvem um estudo que os leva a concluir, por um lado, que existe uma forte relação dos valores intrínsecos quer com a benevolência, quer com o universalismo – este segundo como o valor mais elevado da autotranscendência -, quer ainda com a autodirecção – enquanto o maior valor de abertura à mudança -, e, por outro lado, que os objectivos e necessidades extrínsecas apresentam uma maior correspondência com o poder, enquanto valor mais representativo da autodirecção.

Tamayo (1996), com base na tipologia dos valores culturais de Schwartz (1994), deriva uma estrutura axiológica bipolar organizada em três dimensões (conservadorismo / autonomia; hierarquia / igualdade; harmonia / domínio), por forma a medir os valores de uma organização. De acordo com Tamayo e Gondin (1996), cada um dos pólos axiológicos pode ser observado quer a um nível real – assente na percepção que os indivíduos têm dos valores por que se orienta a organização -, quer a um nível ideal – que se refere aos valores por que os indivíduos gostariam que a organização se regulasse -, designando-se por descompensação axiológica a diferença encontrada entre estes dois níveis de análise.

No que se refere à relação dos diferentes factores do MBI com os valores em enfermagem, Robayo e Tamayo (1997) encontram uma relação positiva entre a baixa realização pessoal e os polos axiológicos reais domínio / harmonia e autonomia / conservadorismo. Por outro lado, quanto maior o desejo de autonomia e igualdade, maior seria a propensão para o cansaço emocional.

Maslach e Leiter (1997/ 1999), referem que os aspectos etiológicos por detrás da síndrome de burnout se relacionam, seja com a estrutura, missão e objectivos da organização, seja com as políticas de saúde e segurança, seja ainda com o estilo de liderança e os processos de comunicação. Para estes autores é importante identificar os valores dos indivíduos, bem como os valores das organizações percebidas por estes ou vigentes na missão e políticas organizacionais, por forma a compreender o seu grau de concordância ou dissonância, pois que muitas vezes os níveis de burnout dependem deste conflito axiológico.

Para Büssing e Glaser (1999), o stress laboral reflecte-se na organização pessoal de modelos que resultam quer da inadequação entre os valores pessoais e as oportunidades providenciadas pela cultura praticada no seio da organização no sentido da concretização desses valores, quer da inadaptação das capacidades individuais às muitas exigências impostas pela organização aos seus membros.

Muito embora os valores representem uma característica da personalidade, e já se tenham realizados alguns estudos com o objectivo de procurar uma relação da personalidade com o stress (Lazarus & Folkman, 1984; Beehr & Bhagat, 1985; Frew & Bruning, 1987; Summers, Decottiis & Denisi, 1995), são conhecidos apenas cinco estudos acerca da capacidade preditiva dos valores, sobre o stress e o burnout, ambos baseados na tipologia proposta por Schwartz (1994), que inclui 10 tipos de valores ou tipos motivacionais já validados em mais de 60 países.

Com base na revisão bibliográfica realizada e para um melhor entendimento da relação que se procura entre os valores, o stress e o burnout, começou por se proceder à exposição de cinco estudos orientados para a compreensão destas relações ao nível da saúde, bem como das suas conclusões, para depois procurar fundamentar ainda a relação dos valores com outras variáveis.

4.5.1. Relação dos valores com o burnout em enfermagem (1º Estudo)

Altun (2002), desenvolve um estudo para determinar a relação entre o grau de burnout experimentado no exercício da enfermagem em dois hospitais, e os valores pessoais e profissionais das enfermeiras, com base no pressuposto que aqueles valores que se correlacionam com o burnout podem exercer uma influência consciente ou inconsciente ao nível do comportamento individual. Na sua opinião, o altruísmo e o idealismo que caracterizam a maior parte das pessoas que procuram a profissão de enfermagem, tornam estes profissionais mais propensos ao padecimento deste síndrome, sobretudo porque trabalham com as pessoas na fragilidade acometida pela doença.

Muitas das pessoas desconhecem os valores que estão por detrás dos comportamentos que actuam, até porque uns são mais significativos do que outros e dependem de uma escolha pessoal ou prioritização dos valores (Altun, 2002), pelo que o

estudo dos valores deveria retomar o aspecto da centralidade relativamente ao sistema que integram, tal como teorizado por Rokeach (1968).

No caso concreto da enfermagem, o facto das enfermeiras não terem conhecimento dos seus valores pessoais e profissionais, pode dificultar a compreensão do papel profissional que devem desempenhar. Aquelas enfermeiras que actuam dentro de um sistema de valores consciente e bem interiorizado, caracterizam-se por uma maior satisfação pessoal e têm ainda mais probabilidade de progredirem profissionalmente (Altun, 2002).

Tudo aquilo que um indivíduo pensa, faz ou sente, tem por detrás um sistema de valores bem delimitado, que lhe permite motivar-se, tomar decisões e emitir juízos de valor, e, por outro lado, determina as suas necessidades pessoais e exerce uma influência aos níveis social, cultural e interpessoal, pois que o conceito de valor apela aos ideais e às crenças de uma pessoa, grupo ou sociedade (Altun, 2002).

Altun (2002) conclui, primeiro, que a igualdade, o altruísmo e a estética se correlacionam positivamente com o cansaço emocional, segundo, que a realização pessoal se relaciona positivamente com a liberdade, o altruísmo e a verdade, aspectos que levam este autor a afirmar que os profissionais de enfermagem precisam de clarificar os seus valores pessoais.

4.5.2. Relação dos valores com o burnout em profissionais de saúde (2º Estudo)

Borges e cols. (2002) referem o diagnóstico dos valores de uma organização como uma representação parcial da complexidade da cultura organizacional, razão que dificulta a consideração da cultura como uma variável passível de ser estudada. No que concerne aos valores, entende que o conceito de clima organizacional não só é mais abrangente e profundo, como também exprime melhor os valores e as normas vigentes numa dada organização.

Numa perspectiva complementar dos trabalhos de Tamayo (1997), Borges e cols (2002) procuram compreender, quer a hierarquia de valores atribuídos pelos indivíduos às organizações hospitalares em que trabalham, quer o carácter preditivo dos valores e das descompensações axiológicas relativamente a cada uma das dimensões do burnout,

tendo concluído que os polos axiológicos ideais mais valorizados são a autonomia, o conservadorismo e a igualdade. Numa análise ao nível axiológico real e ao nível das descompensações axiológicas, destaca-se apenas o polo da conservadorismo. Ou seja, os profissionais de saúde dos três hospitais estudados, perspectivam a conservadorismo, a autonomia e a igualdade, como os valores ideais de uma qualquer instituição hospitalar, muito embora reconheçam que a realidade cultural destas organizações promova essencialmente o conservadorismo.

Estes autores procuram estudar a relação entre a incidência do burnout e os valores organizacionais, numa amostra constituída por 205 profissionais de saúde de três hospitais. Para avaliar o burnout servem-se do Inventário de Burnout de Maslach (MBI), traduzido e adaptado para a população brasileira por Robayo-Tamayo (1997), enquanto que a medida dos valores é sustentada pelo questionário desenvolvido por Tamayo e Gondim (1996), constituído por 66 questões validadas de acordo com a teoria axiológica preconizada por Schwartz (1992).

Para Borges e cols. (2002), a cultura de uma organização medeia a relação encontrada entre os valores organizacionais e o desenvolvimento do síndrome de burnout. Com base na investigação que desenvolvem em instituições hospitalares, concluem que: o género e a idade não evidenciam uma significativa capacidade preditiva em relação ao burnout; o polo real de conservadorismo prediz o burnout, particularmente a despersonalização, numa relação inversamente proporcional; o polo real da igualdade prediz o cansaço emocional; as descompensações axiológicas ao nível da hierarquia, igualdade e domínio, explicam a diminuição da realização pessoal.

4.5.3. Relação dos valores com o stress e o burnout em enfermagem (3º Estudo)

Para McNeese-Smith (2000) e McNeese-Smith e Servellen (2000), as enfermeiras mais jovens apresentam um conjunto de atitudes e valores para com o trabalho e a carreira profissional, distinto das enfermeiras mais velhas, pois que conforme refere Dunn-Cane, Gonzalez e Stewart (1999), consideram as organizações como um local em que podem crescer e aprender, e não como algo definitivo onde possam envelhecer em segurança, pelo que os seus valores se traduzem também em diferentes níveis de compromisso para com a instituição (Karp & Sírías, 2001).

McNeese-Smith e Crook (2003), para além de sublinharem a importância das instituições de saúde irem satisfazendo as diferentes necessidades dos profissionais de enfermagem extrínsecas ao trabalho, pois que tal se repercute ao nível da satisfação e compromisso para com a instituição, referem ainda o papel crucial desempenhado pelas capacidades interpessoais dos órgãos directivos ou de gestão, na adequação da natureza do trabalho possível de ser exercido no âmbito da enfermagem aos valores individuais evidenciados pelos diferentes profissionais, pois que essa constitui a melhor forma de prevenir a insatisfação e a rotatividade do pessoal, e, por inerência, diminuir os conflitos e o desperdício de tempo e dinheiro, e incrementar a produtividade.

Para McNeese-Smith e Crook (2003), os valores de ordem económica relacionam-se mais com os profissionais recém admitidos, e com aqueles que apresentam uma menor satisfação laboral e baixo compromisso. As médias mais baixas dos valores correspondentes ao altruísmo e à realização, caracterizam particularmente quer aquelas enfermeiras sem uma função explícita para realizar ou com menos responsabilidades, quer aquelas que psiquicamente quebram o compromisso para com a instituição por forma a reduzir o stress laboral.

Num estudo realizado com uma amostra aleatória de 412 profissionais de enfermagem, McNeese-Smith e Crook (2003) encontraram diferenças ao nível da hierarquização de valores dependentes de variáveis como a idade, escolaridade, etnia, género e papel desempenhado. Contudo, ao nível dos papéis exercidos no âmbito de enfermagem, os resultados obtidos não permitiram compreender se são as diferenças axiológicas que estão por detrás das mudanças de papel, ou se a alteração dos valores é uma consequência da evolução dos diferentes papéis e funções.

McNeese-Smith e Crook (2003), com base numa revisão bibliográfica realizada acerca de algumas variáveis sócio-demográficas relacionadas com os valores de enfermagem, concluem também que os valores são uma expressão fundamental da existência humana, e que de um modo consciente ou inconsciente influenciam a prioridade que lhes conferimos ao nível, quer da nossa vida pessoal - em que se reflectem na escolha do modo como queremos viver as nossas vidas -, quer da nossa vida profissional – em que é de salientar que a partilha de valores no local de trabalho contribui para o desenvolvimento da confiança, da lealdade e do compromisso -, quer da

selecção da informação que utilizamos para emitirmos juízos de valor acerca das diferentes situações e processos de tomada de decisão quotidianos.

Por outro lado, como resultado da falta de congruência entre os valores pessoais e os valores praticados pela organização, McNeese-Smith e Crook (2003) referem não só o stress e a exaustão inerentes a uma vida que divirja dos valores de cada pessoa, como também a insatisfação laboral, a quebra da produtividade, a rotatividade e o burnout.

4.5.4. Relação dos valores com o stress em diferentes profissões (4º Estudo)

Bouckennooghe e cols. (2004) realizaram uma investigação com o objectivo de procurar a relação entre os valores e o stress, aplicando o questionário desenvolvido por Van den Broeck, Vanderhey, Cools (2003) para medir os valores – baseado na teoria e tipologia de valores de Schwartz (1992 / 1994) -, e uma escala de stress baseada na literatura existente e no General Health Questionnaire de Koeter e Ormel (1991), constituída por 30 questões e com uma fidelidade de $\alpha = .83$. Os autores desenvolveram ainda um instrumento de medida específico para avaliar o conflito entre os valores pessoais e os valores organizacionais.

Estes instrumentos foram aplicados a uma amostra de 400 pessoas de diferentes organizações, tendo-se concluído que os valores de abertura à mudança, conservadorismo, autotranscendência e autodirecção, constituíam importantes preditores dos níveis de stress, tal como os conflitos de valores medidos pelos autores. O stress apresentava uma tendência para ser tanto maior quanto maior a conservadorismo, a autotranscendência e a autodirecção, e tanto menor quanto maior a abertura à mudança.

4.5.5. Relação dos valores com o burnout em medicina (5º Estudo)

Bernal e cols. (2006), acreditam que os profissionais de saúde são mais propensos para o burnout, precisamente porque no decurso do seu exercício profissional se vêm obrigados, seja a gerir e a conciliar influências antagónicas que não se referem apenas aos conflitos éticos e axiológicos, seja a retomarem sistematicamente o seu equilíbrio interno aos níveis cognitivo e emocional. A este propósito, consideram que seria importante estudar de que forma o modo como as pessoas hierarquizam os seus

valores, se reflecte em diferentes maneiras de estar, e, por outro lado, de que forma o exercício profissional se traduz numa reconstrução e nova hierarquia dos valores existentes.

Bernal e cols. (2006) realizam uma importante investigação transversal acerca dos valores e níveis de burnout dos médicos, em que de uma amostra de 528 profissionais de diferentes especialidades a exercerem funções ao nível dos Cuidados de Atenção Primária, anteriormente avaliados por Cebrià, Segura, Corbella, Sos, Comas, García, Rodríguez, Pardo e Pérez (2001) com o MBI de Maslach e Jackson (1986), retiraram os dados relativos a 50 médicos com os níveis de burnout mais baixos, e a outros 50 com os níveis de burnout mais elevados, constituindo assim dois grupos distintos que foram contactados no final de 2003, e deram origem a uma nova amostra de 61 médicos.

Esta amostra foi então submetida a uma nova aplicação do MBI e a um questionário de valores validado por Peguero (2002) e organizado em duas partes - a primeira integrando uma lista de valores profissionais, e a segunda contendo uma lista de valores pessoais (cit por Bernal & cols., 2006) -, sendo então solicitado aos profissionais que hierarquizassem os valores constantes destas listas de acordo com uma escala de likert.

Basicamente, a investigação desenvolvida por estes autores, tem por objectivo conhecer o sistema de valores dos médicos e o carácter preditivo dos valores pessoais e profissionais em relação à prevalência do burnout, baseando-se para tal na teoria de Schwartz (1992), e na teoria do triplo conflito de Cebrià, Palma, Ferrer e Gutiérrez (2004), que se refere à dissonância axiológica como um dos factores por detrás da emergência do burnout. Estes três conflitos são:

- 1) Não concordância dos valores profissionais com os valores da organização;
- 2) Dissonância entre a orientação para a qualidade ao nível dos valores profissionais, e a dificuldade de concretização destas exigências ao nível dos valores sociais vigentes;

3) Antagonismo entre os valores internos implícitos no exercício profissional do pessoal médico, e os actos médicos que deve realizar na dependência dos valores do sistema social.

Tal como se pode observar na tabela 8, muito embora não se encontrem diferenças estatisticamente significativas em relação às frequências observadas na hierarquização dos valores profissionais, o mesmo já não se verifica na hierarquia dos valores pessoais, particularmente no que diz respeito ao altruísmo ($p=.031$; $\chi^2=10.612$) e às frequências esperadas e observadas nos dois grupos.

Tabela 8 – Relação dos valores pessoais e profissionais com o burnout (adaptado de Bernal e cols., 2006)

HIERARQUIA DE VALORES											
PROFISSIONAIS						PESSOAIS					
Burnout elevado			Burnout baixo			Burnout elevado			Burnout baixo		
	\bar{X}	DP		\bar{X}	DP		\bar{X}	DP		\bar{X}	DP
Confidencialidade	5.79	0.419	Responsabilidade	5.69	0.468	Saúde	5.38	0.921	Saúde	5.45	0.749
Responsabilidade	5.57	0.507	Respeito	5.56	0.641	Autonomia	4.48	1.030	Autonomia	4.68	0.888
Respeito	5.52	0.750	Integridade	5.40	0.591	Segurança	4.33	0.966	Altruísmo	4.40	1.008
Integridade	5.43	0.676	Confidencialidade	5.25	0.870	Estabilidade	4.29	1.056	Segurança	4.21	1.105
Competência	5.15	1.040	Competência	5.18	0.712	Controlo	4.00	1.095	Estabilidade	4.20	0.911
Qualidade	5.00	0.894	Qualidade	5.13	0.853	Altruísmo	3.48	0.981	Controlo	3.95	1.085
Transparência	4.95	1.117	Coordenação	4.85	0.975	Comodidade	3.29	1.146	Abnegação	3.30	1.067
Autonomia	4.95	1.024	Compromisso	4.85	0.975	Rapidez	3.19	1.327	Comodidade	3.30	0.992
Serviço	4.90	0.968	Dedicação	4.83	0.844	Abnegação	2.71	0.902	Hedonismo	2.92	1.384
Compromisso	4.85	1.089	Solidariedade	4.70	0.911	Estética	2.62	1.161	Rapidez	2.65	1.075

Na comparação das médias referentes ao grau de importância atribuído aos valores profissionais em ambos os grupos constituídos, verificam-se diferenças estatisticamente significativas quanto ao valor da confidencialidade ($p=.013$; $t=2.558$). Observaram-se também correlações significativas entre os valores profissionais e os três factores que integram o MBI, em que o valor correspondente ao respeito pelo meio ambiente se correlaciona significativamente com a despersonalização ($p=.030$; $r=0.278$),

e o valor confidencialidade se correlaciona significativamente com o cansaço emocional ($p=.037$; $r=0.273$).

Quanto à comparação das médias respeitantes à hierarquização dos valores pessoais, salientam-se as diferenças encontradas quanto aos valores do altruísmo ($p=.001$; $t=3.433$) e da abnegação ($p=.036$; $t=2.143$).

Verifica-se ainda que os valores pessoais, tal como se pode observar na tabela 9, se correlacionam significativamente com os três factores dos MBI

Tabela 9 - Correlações de Pearson do MBI com os valores pessoais (adaptado de Bernal e cols., 2006)

VALORES PESSOAIS	BURNOUT		
	CANSAÇO EMOCIONAL	DESPERSONALIZAÇÃO	REALIZAÇÃO PESSOAL
Hedonismo	-0.710	0.580	0.187
Comodidade	0.142	-0.058	0.187
Segurança	0.070	-0.117	0.141
Estética	0.122	0.103	0.419 ^b
Saúde	0.100	-0.134	0.019
Rapidez	0.270 ^a	0.170	-0.021
Estabilidade	0.146	-0.006	-0.154
Altruísmo	-0.386 ^b	-0.321 ^a	0.221
Abnegação	-0.120	-0.102	0.129
Controlo	-0.032	-0.149	0.086
Autonomia	0.037	-0.074	-0.142

^aA correlação é significativa para o valor .05 (bilateral)

^bA correlação é significativa para .01 (bilateral)

Curiosamente, Bernal e cols. (2006), na questão que indagava os médicos acerca dos valores que tinham em consideração na sua prática profissional, verificam que existe uma concordância de ambos os grupos quanto aos valores referentes à competência, compromisso, confidencialidade, dedicação, empatia, qualidade, respeito, responsabilidade e trabalho em equipa. O grupo com um burnout elevado apenas se distinguiu do outro, na selecção do valor autonomia, ao invés do trabalho em equipa valorizado pelo grupo com um burnout baixo. De certo modo, estes resultados vêm ao encontro de alguns estudos idênticos realizados por Knoop (1994a / 1994b) e Peguero (2002).

Numa análise complementar realizada por estes mesmo autores, observa-se ainda a divergência axiológica destes dois grupos, constatando-se então que enquanto os médicos que seleccionavam os valores essencialmente relacionados com a qualidade da

relação com o utente apresentavam um burnout mais elevado - eventualmente pela maior implicação pessoal e emocional -, o grupo com um burnout mais reduzido, privilegiava os valores que tivessem a ver com a qualidade do exercício profissional.

Os autores concluem então que o grupo de médicos com um burnout mais baixo, evidenciava uma maior implicação para com o exercício profissional, pois que se encontravam mais capacitados para fazer frente aos objectivos implícitos na prática quotidiana de um modo realista, em função dos meios e recursos disponíveis. Já o grupo com um burnout elevado, tendia a envolver-se mais com o utente, e, consequentemente, a apresentar objectivos e soluções utópicas, face ao conjunto de meios e habilidades de que dispunham. Esta oposição dos valores que estão associados a uma relação de maior proximidade com o doente, com os valores que mais se relacionam com o exercício da medicina, provoca mesmo uma dissonância que se repercute num maior stress emocional (Bernal & cols., 2006).

4.5.6. Relação dos valores com outras variáveis

No âmbito da relação dos valores com outras variáveis, procurou-se compreender a relação dos valores individuais com as respostas afectivas no contexto do trabalho (compromisso e satisfação) e com a sensação de bem-estar.

4.5.6.1. Valores individuais e respostas afectivas

A relação entre os valores individuais e as respostas afectivas dadas no local de trabalho reveste-se de um carácter misto, como mais facilmente se pode compreender nos estudos realizados sobre o compromisso e a satisfação no trabalho.

No que respeita ao compromisso, por exemplo, destacam-se os estudos de Butler e Vadanovich (1992), que demonstraram, por um lado, que os valores intrínsecos estão associados a um compromisso mais do tipo normativo, e, por outro lado, que os valores extrínsecos estão mais fortemente associados a um compromisso instrumental.

Para Kalliath, O'Driscoll, Gillespie e Bluedorn (1999), os valores que ao nível hospitalar mais se associam com o relacionamento interpessoal, sistemas abertos e flexíveis, estabelecimento de objectivos racionais e a outros processos internos, estão

particularmente relacionados com o compromisso organizacional e com a satisfação no trabalho.

A relação entre valores e respostas do tipo afectivo, sugere a existência de algum elemento por detrás da afirmação do *self*, que influencia as respostas afectivas das pessoas, independentemente da situação, à semelhança da influência da personalidade na disposição individual (Maierhofer & cols., 2000).

Se bem que os valores por que se orientam os novos profissionais de enfermagem, se possam repercutir numa maior rotatividade laboral (Mills & Blaesing, 2000), também se traduzem na lealdade para com as instituições que lhes proporcionem oportunidades em aprender e melhorar as suas capacidades ao nível do trabalho (Kupperschmidt, 1998), pelo que esta nova geração de profissionais de enfermagem não merece a o negativismo da crítica dos media que a descreve como cínica, desmotivada, egocêntrica, absorva em si própria, rebelde e contestatária da autoridade (Heiman, 2001).

De acordo com (Altun, 2002), o facto das enfermeiras não terem conhecimento dos seus valores pessoais e profissionais, pode dificultar a compreensão do papel profissional que devem desempenhar. Aquelas enfermeiras que actuam dentro de um sistema de valores consciente e bem interiorizado, caracterizam-se por uma maior satisfação pessoal e têm ainda mais probabilidade de progredirem profissionalmente.

4.5.6.2. Valores e bem-estar

Para Sagiv e Schwartz (2000), a sensação de bem-estar é tanto maior quanto mais congruentes forem os valores pessoais, quer com os valores enfatizados pela organização, quer com os objectivos organizacionais que se relacionam com estes valores. Neste sentido, estes autores propõem 3 mecanismos diferentes para explicar o efeito negativo do conflito de valores no bem-estar das pessoas.

- 1) Características do meio: Viver ou trabalhar em ambientes incongruentes dificulta não só a oportunidade das pessoas exprimirem os valores por que se orientam, como também a concretização dos seus objectivos, aspectos que afectam negativamente a sensação de bem-estar;

- 2) Sanções sociais: O facto da maioria das pessoas de um grupo partilhar uma hierarquia de valores, pela pressão exercida no sentido da uniformidade, faz com que aquela minoria que rejeite as crenças, valores e comportamentos considerados normativos, seja ignorada ou mesmo punida, o que afecta o desenvolvimento do sentimento de bem-estar;
- 3) Conflito interno de valores: A sensação de bem-estar, bem como o processo de tomada de decisão, podem também ser afectados pelo conflito entre aqueles valores há muito interiorizados e aqueles que foram sendo adoptados.

Capítulo 5

BURNOUT E VALORES EM ENFERMAGEM

Basicamente, o problema que se pretende estudar é o carácter preditivo dos valores para o trabalho sobre o síndrome de burnout, em que a unidade de observação é o profissional de enfermagem. As variáveis em estudo, permitem ainda caracterizar estes indivíduos em termos pessoais e profissionais.

Maslach e Leiter (1997 / 1999) são os primeiros autores a falar da necessidade de se trabalharem os valores pessoais com a intenção de se prevenir o síndrome de burnout, referindo ainda a importância de se procurar identificar os valores dos indivíduos, os valores percebidos por estes e os valores que efectivamente vigoram na organização, pois que desta não concordância resultam conflitos axiológicos que culminam no burnout.

Para Büssing e Glaser (1999), o stress laboral resulta da inadequação entre os valores pessoais e organizacionais, sendo também nesta linha de pensamento que se enquadram o estudo de Robayo e Tamayo (1997) - que conclui que quanto maior o desejo de autonomia e igualdade, mais se tende a elevar o cansaço emocional -, e o estudo de Altun (2002), que partindo do pressuposto que o colectivismo configurado pelo altruísmo e idealismo tornam os enfermeiros mais propensos ao burnout conclui, por um lado, que os valores de igualdade, altruísmo e estética se correlacionam positiva e significativamente com o cansaço emocional e, por outro lado, que a valorização da liberdade, do altruísmo e da verdade, se reflectem numa maior realização pessoal. Para Altun (2002), os conflitos intra e interpessoais ao nível dos valores, contribuem também para uma elevação do stress e do burnout.

Também Borges e cols. (2002) sublinham a importância do diagnóstico dos valores de uma organização como uma representação parcial da sua cultura, procurando compreender a sua hierarquização em diferentes instituições de saúde, e o carácter preditivo dos valores e das suas descompensações axiológicas em relação a cada um dos factores do MBI.

No decorrer da investigação que realizam com o objectivo de compreender esta relação, estes autores concluem quer que quanto maior o conservadorismo maior o burnout - particularmente a despersonalização -, quer que quanto maior a igualdade

mais se eleva o cansaço emocional do burnout, quer ainda que quanto maiores forem os valores da hierarquia e domínio menor a realização pessoal.

Para McNeese-Smith e Crook (2003), o burnout eleva-se tanto mais quanto maior for a falta de congruência dos valores pessoais com os valores organizacionais. McNeese-Smith e Crook (2003), Cebriá e cols. (2004) e Sherman (2004), concluem também que a dissonância dos valores pessoais e organizacionais contribui para o incremento do burnout.

No decurso do estudo realizado por Bouckennooghe e cols. (2004) acerca da relação entre os valores e o stress conclui-se, por um lado, que quanto mais o comportamento se orienta para o conservadorismo, autotranscendência e autodirecção, maior é o stress, e, por outro lado, que quanto maior a abertura à mudança menor o stress. Basicamente, a orientação axiológica do indivíduo influencia os seus níveis de burnout (Gil-Monte, 2005).

Esta linha de investigação é recentemente retomada por Bernal e cols (2006), sendo de referir que na procura de uma relação entre os valores pessoais e profissionais dos médicos com a prevalência deste síndrome, não se encontram globalmente diferenças estatisticamente significativas.

Já para Verplanken (2004), o clima e a sub-cultura de um serviço ou enfermaria observados na sua orientação axiológica, determinam a satisfação vivenciada no trabalho e, consequentemente, os níveis de stress.

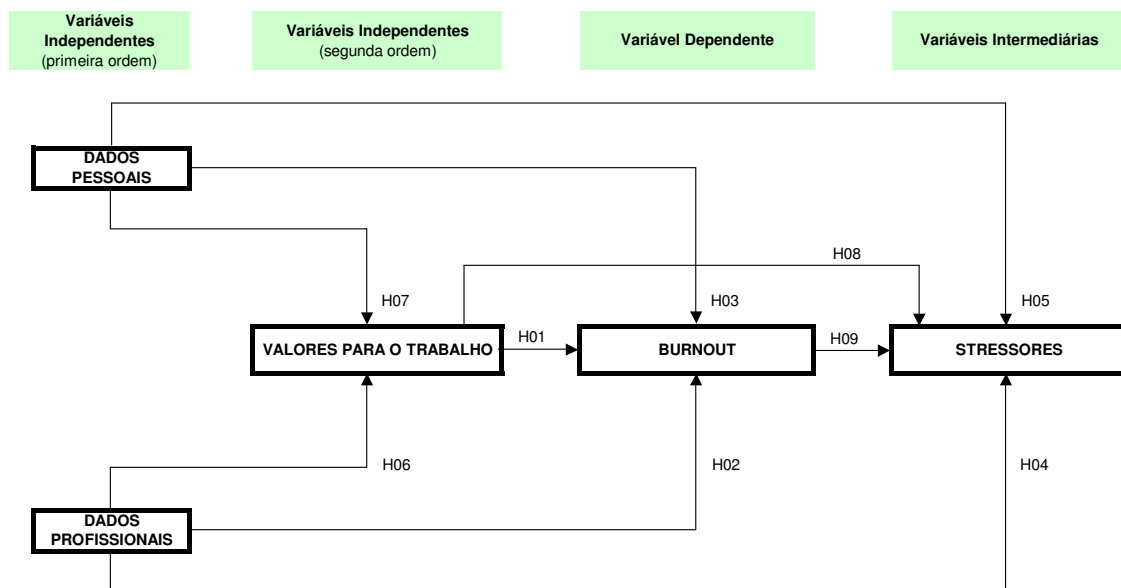
Muito embora Luzón e cols. (2004), numa investigação realizada acerca dos valores para o trabalho em enfermagem – em que aplicaram a escala EVAT30 concebida por Arciniega e González (2000) -, tenham concluído que estes profissionais evidenciam uma orientação predominantemente individualista, em que se destaca a autopromoção evidenciada pelos valores poder e sucesso, optou-se por hipotetizar os pressupostos teóricos colectivistas acerca do cuidar em enfermagem transmitidos no decurso da formação académica, pois que para Priester (1997), Gatsman (1998) e Murphy e cols. (2005), o individualismo implícito na administração e rentabilização dos sistemas de saúde colide com os valores dos profissionais de enfermagem.

5.1. Desenho metodológico em que assentam as hipóteses

Com base no objectivo delineado para a investigação e nas diferentes entidades estabelecidas para a consecução da mesma, foi concebido um desenho metodológico ou experimental representativo da dependência ou independência das diferentes variáveis, de que derivaram algumas relações de causalidade em que assentaram as hipóteses principais a serem estudadas.

A revisão bibliográfica a que se procedeu para a elaboração da parte teórica desta investigação, viabilizou a construção de um modelo para a sustentação científica da maioria das hipóteses e sub-hipóteses formuladas.

Figura 13 - Desenho metodológico e dedução das hipóteses



5.2. Modelo teórico das hipóteses da investigação

As hipóteses apresentadas assentam globalmente em alguns dos pressupostos encontrados na pesquisa documental previamente realizada, e visam estabelecer uma relação assimétrica em que se espera que na elevação de determinados tipos motivacionais ou valores, ocorra também um incremento dos índices de burnout.

Estas hipóteses, enquanto preposições distintas que prevêem uma relação entre dois conceitos, foram formuladas com base em relações ou hipóteses anteriormente elaboradas por outros autores e a partir das relações de causalidade subjacentes ao desenho experimental.

5.2.1. Pressupostos teóricos para a Hipótese H01

A hipótese H01 resulta da operacionalização da variável independente de segunda ordem a que se refere a Escala de Valores para o Trabalho (EVAT30), com a variável dependente de primeira ordem, o Inventário de Burnout de Maslach (MBI).

H01: As distintas hierarquias de valores para o trabalho (EVAT30) reflectem-se em diferentes níveis de burnout (MBI)

Tendo por base os dez tipos motivacionais de Schwartz (1992 / 1994), Bouckenooghe e cols. (2004) referem, por um lado, que aqueles valores que representam necessidades de crescimento vão-se tornando tanto mais importantes quanto mais a pessoa vai atingindo os objectivos subjacentes a esses valores, tal como o valor auto-actualização, e, por outro lado, que aqueles valores que se relacionam com necessidades em falta, como a saúde e a segurança, são principalmente importantes para aquelas pessoas que são incapazes de concretizar os objectivos subjacentes a tais valores.

Para estes autores, a prioridade axiológica que incide sobre os valores relacionados com o crescimento, correlaciona-se positivamente com o bem-estar e negativamente com o stress experimentado, enquanto que a preferência hierárquica de valores que remetem para necessidades em falta, se correlaciona de um modo positivo com o stress.

Com base nestas considerações teóricas, Bouckenooghe e cols. (2004) estabelecem os seguintes pressupostos:

- a) Os valores de “abertura à mudança”, tais como a estimulação e a autodireção, constituem valores de crescimento e correlacionam-se inversamente com a experiência de stress;
- b) Os valores de “conservadorismo”, como a segurança, o conformismo e a tradição, são valores de necessidades em falta que têm uma correlação positiva com o stress;
- c) Os valores de “autotranscendência”, tais como o universalismo e a benevolência, estão relacionados com o crescimento;
- d) Os valores de “autopromoção”, que se referem ao poder e ao sucesso, constituem contudo uma excepção, pois que o poder é tido como um valor de uma necessidade em falta, enquanto que o sucesso representa um valor relacionado com o crescimento.

Estes mesmos autores, com base nos estudos anteriormente realizados por Kasser e Ahuvia (2002) e Sagiv e Schwartz (2000), inferem que o stress se correlaciona positivamente com o poder e negativamente com o sucesso, pelo que a correlação da “autopromoção” com o stress devia resultar negativa.

Com base nestes pressupostos, Bouckennooghe e cols. (2004) formularam as seguintes hipóteses na investigação que realizaram acerca da capacidade preditiva dos valores e conflitos de valores sobre o stress:

- 1a) O valor abertura à mudança correlaciona-se negativamente com o stress;
- 1b) O valor conservadorismo correlaciona-se positivamente com o stress;
- 1c) O valor autopromoção não se correlaciona significativamente com o stress;
- 1d) O valor autotranscendência correlaciona-se negativamente com o stress;

Com base nas considerações teóricas apresentadas por Sagiv e Schwartz (2000) acerca dos diferentes mecanismos explicativos do efeito negativo do conflito de valores na sensação de bem-estar, Bouckennooghe e cols. (2004) formulam uma segunda hipótese:

- 2a) O conflito de valores correlaciona-se de um modo positivo com o stress.

A operacionalização das hipóteses correspondentes à relação da variável independente de segunda ordem (EVAT30) com a variável dependente (MBI) - conforme se apresenta de seguida -, teve essencialmente por base os trabalhos de Bouckennooghe e cols. (2004) acerca da relação da tipologia de valores teorizada por Schwartz (1990) com o stress.

5.2.1.1. Sub-hipóteses para H01

H01a – Quanto maior o conservadorismo maior o burnout

H01b – Quanto maior a abertura à mudança menor o burnout

H01c – Quanto maior a autotranscendência menor o burnout

H01d – A autopromoção não se correlaciona significativamente com o burnout

5.2.2. Pressupostos teóricos para a Hipótese H02

A hipótese H02 reflecte a relação da variável independente de primeira ordem configurada pelos dados profissionais (categoria profissional, especialidade e tempo de serviço), com a variável dependente representada pelo Inventário de Burnout de Maslach (MBI).

H02: Os dados profissionais originam diferentes índices de burnout (MBI)

5.2.2.1. Sub-hipóteses para H02

De entre os diferentes dados profissionais foi formulada uma hipótese por cada uma das variáveis a que se referem a categoria profissional, a especialidade e os anos de serviço, tal como se pode observar seguidamente.

H02a – A categoria profissional de enfermeiro apresenta um maior cansaço emocional do que as restantes categorias

No que respeita ao tempo de serviço e à correspondência que este tem quase sempre com as diferentes categorias profissionais, interessa ter presente que os anos de experiência das enfermeiras interferem negativamente no desenvolvimento do stress

(Van Staa, 2000) - concepção que é reforçada e especificada por Codo e Vasques-Menezes (2000), Cordes e Dougherty (1993), Maslach e Jackson (1986) e Maslach e Leiter (1988 / 1997), para quem o cansaço emocional é a primeira dimensão do burnout a manifestar-se -, e influenciam a capacidade em reconhecer a natureza stressante dos cuidados prestados (Sherman, 2004).

Deste modo, é lícito esperar que o cansaço emocional seja mais elevado na primeira categoria profissional definida para a enfermagem, pois que é também aquela em que supostamente se encontram os profissionais com menos anos de serviço.

Por outro lado, a consideração de que o burnout é influenciado pela formação especializada das enfermeiras, advém quer da referência apontada por Sherman (2004) de que o burnout pode variar em função da especialidade em enfermagem, quer dos estudos realizados por Bernal e cols (2006) acerca dos índices de burnout nos serviços de urgência e dos cuidados intensivos. Ou seja, o contexto em que se exerce a enfermagem é determinante no desenvolvimento do burnout.

H02b – A especialidade de saúde mental e psiquiatria tem uma maior despersonalização do que as outras especialidades

O factor do MBI a que respeita a despersonalização, tem sido sistematicamente referenciado em diversos estudos como um sentimento que se tende a elevar particularmente nos profissionais de enfermagem que trabalham nos serviços de psiquiatria (Towsend, 2002).

H02c – Os profissionais com menos de 2 anos de serviço têm uma maior realização pessoal

Uma vez que para Maslach e Leiter (1997) a desrealização é o culminar do processo de burnout, que se caracteriza por um decréscimo gradual do significado do trabalho, faz sentido procurar se esta relação se manifesta numa maior realização no início da carreira.

5.2.3. Pressupostos teóricos para a Hipótese H03

A hipótese H03 resulta da operacionalização da variável independente de primeira ordem constituída pelos dados pessoais (nacionalidade, sexo, estado civil, número de filhos, idade e escolaridade) com a variável dependente relativa ao Inventário de Burnout de Maslach (MBI). Dada a pouca representatividade da sub-amostra integrada pelos indivíduos com outra nacionalidade que não a portuguesa, decidiu-se pela não inclusão desta variável na formulação das hipóteses.

H03: Os dados pessoais reflectem-se em diferentes índices de burnout (MBI)

Esta hipótese vem no sentido da necessidade apontada por Gil-Monte e Peiró (1999), de conhecer melhor a relação entre as dimensões do MBI e as diferentes variáveis sócio-demográficas.

Em termos gerais, Gil-Monte (2005) afirma que as diferentes características pessoais - como o género, a idade, o grau de escolaridade, o número de filhos, etc. -, configuram um conjunto de variáveis antecedentes do burnout e integram aquilo que o autor designa como sistema pessoal dos elementos da organização. Contudo, este mesmo autor refere que as relações entre estas variáveis e o burnout são inconclusivas.

Na consideração multicausal do burnout, também Bernal e cols (2006) reconhecem a influência das variáveis pessoais no desenvolvimento deste síndrome e, por outro lado, questionam-se acerca da influência que os valores pessoais exercem sobre o exercício profissional de quem trabalha na saúde, uma vez que estas pessoas têm que procurar conciliar quotidianamente forças opostas e retomar rapidamente o seu equilíbrio cognitivo e emocional, por forma a que o stress que vivenciam não se agrave ao ponto de emergir o burnout.

Especificamente, para Borges e cols (2002) as variáveis género e idade não se relacionam de um modo estatisticamente significativo com o burnout, enquanto que para Van Staa (2000) a idade das enfermeiras interfere negativamente no desenvolvimento do stress.

5.2.3.1. Sub-hipóteses para H03

Apresentam-se de seguida as cinco sub-hipóteses formuladas para o estudo de H03, bem como a sua fundamentação teórica.

H03a – Os profissionais do sexo masculino têm uma maior despersonalização

De acordo com Gil-Monte (2005), Gil-Monte e Peiró (1999), Greenglass, Burke e Ondrack (1990), Maslach e Jackson (1985 / 1986), os homens tendem a elevar mais a dimensão da despersonalização.

H03b – Os estados civis de casado ou junto apresentam menores índices de burnout do que os outros

Quando as relações familiares são positivas e trazem o apoio necessário, o burnout tende a não se elevar (Demerouti & cols., 2001; Leiter, 1990 / 1992a), pelo que faz sentido esperar que aqueles profissionais que estejam casados ou juntos tenham menos burnout do que os restantes estados civis.

H03c – Quanto maior o número de filhos maior o cansaço emocional

Esta relação assenta na dificuldade que os pais actualmente experimentam em conciliar a sua vida familiar com a sua vida profissional, que será tanto maior quantos mais filhos se tenham, até por que esta se assume cada vez mais como a principal razão pelo adiamento do casamento ou dos filhos. De salientar contudo que Gil-Monte (2005) refere que esta relação é inconclusiva.

H03d – Na idade de até aos 25 anos a realização pessoal é maior do que nas outras

Apesar do não consenso acerca da influência da idade sobre o desenvolvimento do burnout (Gil-Monte, 2005), o pressuposto de que a realização decresce com a experiência, a idade e os anos de serviço (Maslach & Leiter, 1997), legitima o estudo da relação hipotetizada.

H03e – Quanto maior a escolaridade maior a realização pessoal

Considerando que uma maior crença de autoeficácia pode minimizar o burnout (Bandura, 1997; Cherniss, 1980a; Leiter, 1992b; Gil-Monte & Peiró, 1996 / 1999), e que a formação profissional (Burke & Greenglass, 1995) e a qualificação dentro do posto de trabalho (Demerouti & cols., 2001) se reflectem também num menor burnout, pois que a maior eficácia com que se realiza o trabalho se traduz num incremento da satisfação experimentada - de que se deduz uma maior realização -, é legítima a curiosidade acerca da influência da escolaridade sobre o burnout, nomeadamente ao nível da realização pessoal.

5.2.4. Pressupostos teóricos para a Hipótese H04

A hipótese H04 é formulada tendo por base a relação entre a variável independente de primeira ordem representada pelos dados profissionais (categoria profissional, especialidade, tempo de serviço), e a variável intermediária a que respeita um conjunto de doze stressores que foi construído com base nas referências bibliográficas que se apresentam de seguida.

De salientar que não foi encontrada nenhuma referência bibliográfica particular destes stressores com os dados profissionais investigados.

H04: Os dados profissionais originam diferentes hierarquias de stressores

Sherman (2004) equaciona o conhecimento que as enfermeiras devem ter acerca de si próprias enquanto pessoas, como o factor que mais contribui para a redução dos diferentes stressores que caracterizam o exercício da enfermagem.

Por outro lado, a reestruturação dos serviços de saúde tem sido pouco investigada quanto ao seu efeito stressante nos profissionais que integram (Laschinger, 2004), pelo que se torna importante compreender o conjunto de stressores por detrás de cada uma das especialidades em enfermagem (Vachon, 2004).

De seguida, apresenta-se a sustentação teórica que presidiu à eleição do conjunto de doze stressores considerados na investigação para a formulação das hipóteses h04 e h05 e das correspondentes sub-hipóteses.

1) Relação com as chefias

Com base em algumas entrevistas realizadas junto do pessoal de enfermagem, Gil-Monte (2005) refere a falta de apoio sentida junto das chefias como resultado do desejo de estas salvaguardarem a sua popularidade junto de quem as elegeu. De acordo com Queirós (2005), a falta de apoio que as enfermeiras atribuem às chefias remete essencialmente para o grau de autonomia experimentado, clarificação da função e das normas por que se devem reger.

2) Sobrecarga laboral

A sobrecarga laboral é de natureza física e psíquica (Galhoun, 1980), e no que respeita às enfermeiras tem muitas vezes a ver quer com a ambiguidade de papeis e conflitos que daí resultam (Gray-Toft & Anderson, 1981), quer com a dissociação entre a teoria e a prática (Melia, 1987), quer ainda com a evolução das condições tecnológicas que se observam ao nível da envolvente social da organização (Gil-Monte, 2005).

3) Lidar com a doença e a morte

À dificuldade emocional das enfermeiras lidarem com a morte, acresce ainda a crença de que os bons enfermeiros são aqueles que melhor gerem os sentimentos stressantes que decorrem da dor, doença e morte de um doente (Rando, 1980). Trabalhar junto de doentes fortemente debilitados e em sofrimento, reflecte-se no incremento do burnout das enfermeiras (Yancik, 1984) em consequência do aumento dos níveis de ansiedade e stress (Vachon, 1995) que decorrem particularmente do acompanhamento de doentes em estado terminal (Sherman, 2004). Vachon (2004) propõe mesmo algumas estratégias para capacitar as enfermeiras a gerir de um modo mais eficaz as situações de dor e morte.

4) Salário recebido

Para McNeese-Smith (2003), a valorização do salário recebido encontra-se mais nos profissionais recém admitidos, particularmente naqueles que evidenciam um

menor compromisso e satisfação laboral. Verplanken (2004) também é da opinião que o salário recebido influencia os níveis de satisfação experimentados.

5) Relação com os colegas de profissão

O facto das enfermeiras não se apoiarem mutuamente e investirem no contexto interpessoal, por um lado, conduz muitas das vezes a um cansaço emocional que pode culminar no burnout (Marino, 1998), e, por outro lado, resulta numa fragilização da auto-estima e diminuição da eficácia dos enfermeiros (Vachon, 1998). A natureza das interações que se estabelecem com os colegas para desabafar e procurar o apoio necessário, constitui uma das fontes de stress referenciadas na enfermagem (Sherman, 2004). O individualismo para que caminham as sociedades actualmente parece inviabilizar o estabelecimento de relações interpessoais não conflituosas (Gil-Monte, 2005).

6) Falta de formação

Galhoun (1980) e Greenberg (1987) salientam a necessidade de formação específica ao nível da enfermagem ou das novas tecnologias, por forma a superar-se a inadequação das capacidades individuais à função exercida. Para Zurriaga e cols. (1995), a identificação de faltas de formação deve originar a promoção de programas orientados para uma intervenção mais informada e eficaz, sendo que a qualidade dos serviços prestados deve ser assegurada numa intervenção simultânea aos níveis da educação, investigação e exercício clínico. Kupperschmidt (1998), refere que quanto mais forem as oportunidades de aprender e aprimorar as competências profissionais, maiores são o compromisso e a lealdade desenvolvidos para com a instituição e, menor é o stress experimentado. Prosnot (2001) fala ainda da importância de formar as enfermeiras na especificidade dos cuidados que prestam, particularmente porque tal contribui para o desenvolvimento de estratégias de *coping* mais eficazes. Para Altun (2002), a formação deve ser também canalizada para a consciencialização dos valores pessoais das enfermeiras e dos valores profissionais por que se regula a enfermagem.

7) Relação com o corpo médico

McWilliam e cols. (1993), Fillion e Saint-Laurent (2003) e Gil-Monte (2005), referenciam a dificuldade de alguns enfermeiros cooperarem em equipas multidisciplinares. Altun e Ersoy (1998) afirmam mesmo que pouco mais de metade dos enfermeiros se sentem à vontade para discutir os casos dos doentes que acompanham com a equipa médica que integram. Por outro lado, o facto dos doentes questionarem sistematicamente os enfermeiros acerca da adequação do tratamento médico prescrito, pode reflectir-se na relação que estes têm com os médicos (Gil-Monte, 2005).

8) Taxa de doentes por enfermeiro(a)

As constantes transformações dos sistemas de saúde, têm-se repercutido em preocupações sucessivas quer ao nível da análise de custos, quer da taxa de recuperação dos doentes (Faithfull & Hunt, 2005), aspectos que resultam obviamente numa maior taxa de doentes por enfermeiro.

9) Apoio ao nível organizacional

Zurriaga e cols. (1995) e Borges e cols. (2002) falam da inexistência de estruturas ou mecanismos institucionais adequados à dificuldade ou mesmo incapacidade das enfermeiras lidarem com situações de fragilização dos seres humanos, sejam elas de dor, doença ou morte.

10) Políticas de saúde para a enfermagem

As sucessivas transformações e reorganizações políticas ao nível da saúde, configuram um stressor que deve ser compreendido no âmbito dos antecedentes sociais (Gil-Monte, 2005) de cada país, pois que se reflectem sucessivamente quer na exigência de um trabalho de qualidade num ambiente de constrangimentos financeiros, mudança e incerteza (Lindholm & cols, 2003), quer no desenvolvimento de procedimentos de controlo da qualidade dos serviços prestados ao abrigo da reformulação dos deveres e responsabilidades em enfermagem (Laschinger, 2004).

11) Relação com os doentes

Existe todo um conjunto específico de sintomas decorrente da proximidade do contacto estabelecido pelo pessoal de enfermagem junto dos doentes e seus familiares (Meier, 2001), dificultado quer pelas identificações projectivas desenvolvidas pelas enfermeiras sobre os doentes (Keidel, 2002), quer pela não aceitação da doença ou morte (Sherman, 2004), quer ainda pelas atitudes verbal ou fisicamente agressivas dos doentes que decorre muitas vezes da deterioração relacional resultante de um contacto contínuo e prolongado (2005).

12) Pouco tempo para as tarefas

A fragmentação dos cuidados de saúde prestados em diferentes tarefas, quando associada à escassez de tempo para a sua concretização que decorre da reestruturação dos serviços de saúde, conduz a um incremento dos níveis de um estado de stress (Melia, 1987), que é ainda agravado pelo carácter inesperado e urgente das situações (Mcintyre, 1994), e pela cada vez maior diversidade de tarefas a realizar (Sherman, 2004; Gil-Monte, 2005).

Apresentam-se a seguir as hipóteses formuladas no estudo de H04, no sentido de compreender a relação entre algumas variáveis profissionais e o conjunto de stressores constituído.

5.2.4.1. Sub-hipóteses para H04

H04a – As diferentes categorias profissionais apresentam diferentes hierarquias de stressores

H04b – As diferentes especialidades têm diferentes hierarquias de stressores

H04c – Os diferentes períodos de tempo de serviço evidenciam diferentes hierarquias de stressores

5.2.5. Pressupostos teóricos para a Hipótese H05

A hipótese H05 assenta na relação da variável independente de primeira ordem a que respeitam os dados pessoais (sexo, estado civil, número de filhos, idade e escolaridade) com a variável intermediária que se refere aos stressores, e baseia-se nos

mesmos pressupostos teóricos enunciados para H04. Na investigação desenvolvida, não foi também encontrada qualquer referência dos dados pessoais estudados com qualquer dos stressores especificados.

H05: Os dados pessoais reflectem-se em diferentes hierarquias de stressores

De seguida, apresentam-se as cinco sub-hipóteses que se formularam para estudar a relação dos dados pessoais com o conjunto de stressores apresentado.

5.2.5.1. Sub-hipóteses para H05

H05a – Os homens têm uma hierarquia de stressores diferente das mulheres

H05b – Os diferentes estados civis revelam diferentes hierarquias de stressores

H05c – Aqueles profissionais que não têm nenhum filho apresentam uma hierarquia de stressores diferente daqueles com filhos

H05d – As diferentes faixas etárias evidenciam diferentes hierarquizações dos stressores

H05e – Cada um dos níveis de escolaridade tem uma hierarquia de stressores distinta

5.2.6. Pressupostos teóricos para a Hipótese H06

A hipótese H06 remete para a relação da variável independente de primeira ordem que integra os dados profissionais (categoria profissional, especialidade, tempo de serviço) com a variável independente de segunda ordem (EVAT30).

H06: Os dados profissionais originam diferentes valores para o trabalho

Para Arnold e Davey (1999), a natureza do trabalho e o desenvolvimento da carreira, constituem duas variáveis preditoras do compromisso organizacional, sendo este um argumento para procurar saber se estas relações se podem extrapolar para os valores. Por outro lado, a hierarquização de valores varia em função da profissão ou papel desempenhado, pelo que se espera que os valores sejam influenciados pelas diferentes variáveis profissionais (McNeese-Smith, 2000; McNeese-Smith & Servellen, 2000), nomeadamente pela categoria profissional e pela especialidade.

5.2.6.1. Sub-hipóteses para H06

Seguidamente, apresentam-se as três sub-hipóteses que se formularam para o estudo da relação hipotetizada em H06.

H06a – Quanto mais elevada a categoria profissional maior a autopromoção

No que concerne à categoria profissional, Super (1970) refere a existência de uma relação do *status* profissional com os valores, sejam eles de natureza intrínseca ou extrínseca. Hendel e Steinman (2002) falam também da especificidade da orientação axiológica ao nível profissional que caracteriza aqueles enfermeiros com uma categoria profissional que requeira competências no âmbito da gestão.

Altun (2002) refere ainda uma relação dos valores das enfermeiras com a sua progressão profissional, pelo que faz sentido procurar saber se existe uma correspondência das várias categorias profissionais com diferentes orientações axiológicas, até por forma a responder à necessidade apontada por McNeese-Smith e Crook (2003) de que os valores se alteram ao longo do desenvolvimento da carreira profissional.

H06b – A especialidade de psiquiatria tem uma maior autotranscendência

Uma vez que para Hobbs e cols. (1999) e Faithfull e Hunt (2005), os diferentes serviços em enfermagem se devem regular por um conjunto de valores que reflecta a sua especificidade, é lícita a interrogação acerca da hierarquia de valores que tipifica não só os diferentes serviços, como também cada uma das especialidades existentes em enfermagem.

Por outro lado, a consideração de Faithfull e Hunt (2005) de que os valores das enfermeiras se devem adequar ao perfil de exigências da enfermagem, serviço ou instituição de saúde, legitima a curiosidade das orientações axiológicas por detrás das diferentes especialidades. A relação hipotetizada procura ainda compreender se os profissionais de saúde mental e psiquiátrica, dada a especificidade do seu trabalho, têm uma maior orientação axiológica para a autotranscendência.

H06c – Quanto maior o tempo de serviço menor a abertura à mudança

No que respeita especificamente ao tempo de serviço, interessa lembrar que para Scalzi e Nazarey (1989) os valores que as enfermeiras actuam e adaptam depende do entendimento da situação com que se deparam, que advém obviamente da experiência proporcionada pelos anos de serviço. Bernal e cols. (2006) interrogam-se mesmo se o exercício continuado na prestação de cuidados de saúde se traduz numa reconstrução da hierarquia de valores por que outrora se regulavam estes profissionais.

5.2.7. Pressupostos teóricos para a Hipótese H07

A hipótese H07 decorre da relação causal entre a variável independente de primeira ordem a que se referem os dados pessoais (nacionalidade, sexo, estado civil, número de filhos, idade e escolaridade) com a variável independente de segunda ordem (EVAT30).

H07: Os dados pessoais reflectem-se em diferentes valores para o trabalho

5.2.7.1. Sub-hipóteses para H07

Para o estudo de H07 - que procura estudar a relação entre os dados pessoais e os valores -, foram formuladas as sub-hipóteses que se apresentam a seguir, sendo que as duas primeiras se referem ao sexo.

H07a – Os profissionais do sexo masculino evidenciam uma maior autopromoção

H07b – Os profissionais do sexo feminino apresentam uma maior autotranscendência

Considerando que as mulheres evidenciam uma maior tendência para o absentismo e o *turnover* (Milliken & Martins, 1996), e que homens e mulheres trabalham de modo diferente porque valorizam os vários aspectos e produtos do trabalho de forma distinta, até porque as diferentes identidades e papeis desempenhados estão enraizados na unicidade biológica de cada género e na especificidade das construções sociais (Crompton, 1999), faz sentido pressupor que o género influencia a orientação axiológica de uma pessoa, consideração que é reforçada por McNeese-Smith

(2000) e McNeese-Smith e Servellen (2000), para quem a hierarquização de valores varia em função do género.

Para Abu-Saad e Isralowitz (1997), a desproporção numérica encontrada nas diferentes funções e níveis hierárquicos ocupados pelos homens e mulheres das organizações tomadas na sua generalidade, a par da discrepância de expectativas observada em ambos os géneros, traduz-se na interiorização de distintos valores para o trabalho.

Mais concretamente, o pressuposto de que os profissionais do sexo masculino evidenciam uma maior autopromoção, é reforçado quer por Elizur e Tchaicovsky (cit. por Tamayo & Borges, 2001), que referem que a orientação axiológica para o empreendedorismo e a realização, tipifica essencialmente os indivíduos do sexo masculino, quer por Chusmir, Koberg e Mills (2001), para quem o facto de homens e mulheres continuarem a ser educados de um modo diferente, contribui inevitavelmente para diferentes orientações axiológicas. Consequentemente, supõe-se que por oposição ao enunciado relativo aos homens, os profissionais do sexo feminino apresentam uma maior autotranscendência.

H07c – Quanto maior o número de filhos maior o conservadorismo

Esta hipótese assenta apenas na curiosidade em saber se a responsabilidade acrescida que traz um maior número de filhos, se reflecte numa orientação axiológica mais conservadora ao nível do trabalho.

H07d – Quanto maior a idade menor a abertura à mudança

A primeira referência à relação dos valores (intrínsecos e extrínsecos) com a idade, é formulada por Super (1970), sendo posteriormente retomada por Kupperschmidt (1998) na especificidade do exercício da enfermagem.

Para McNeese-Smith (2000) e McNeese-Smith e Servellen (2000), os valores das enfermeiras mais jovens são distintos daqueles que caracterizam as enfermeiras

mais velhas, razão por que McNeese-Smith e Crook (2003) referem que os valores se alteram com a idade.

H07e – Quanto maior a escolaridade maior a autopromoção

No que respeita à consideração da axiologia para a formação e capacitação do cuidar em enfermagem, destacam-se alguns autores como: Kelly (1991) e Kink (1993), para quem os valores preconizados para o exercício da enfermagem devem ser objecto de acções de formação específicas para a sua apropriação adequada; Sivberg e Petersson (1997), que referem a dissociação da formação académica em enfermagem quer com as atitudes e valores a serem actuados no exercício clínico, quer com os valores sociais vigentes.

McNeese-Smith (2000) e McNeese-Smith e Servellen (2000), referem mesmo que a hierarquização de valores varia em função do grau de escolaridade, e, por outro lado, Lage (2005) sublinha a importância da escolaridade em enfermagem contribuir para o reforço da formação ao nível dos valores e das atitudes.

Considerando que existe uma correlação significativa dos valores organizacionais com o compromisso desenvolvido pelo indivíduo para com a organização (Tamayo, 1998), e que o incremento de algumas variáveis pessoais como a idade e o tempo de serviço se traduz em níveis mais elevados de compromisso (Glisson & Durick, 1988; Mottaz, 1988), e, por outro lado, que quanto maior o grau de escolaridade menores os níveis de compromisso experimentados (Mottaz, 1988), é legítimo procurar compreender se estas três variáveis (idade, anos de serviço e escolaridade) se reflectem em diferentes orientações axiológicas.

5.2.8. Pressupostos teóricos para a Hipótese H08

A hipótese H08 pretende explorar se existe alguma relação entre a variável independente de segunda ordem (EVAT30) e a variável intermediária a que respeitam os stressores, não tendo sido encontrada qualquer outra referência teórica que não tenha sido já descrita aquando do enquadramento teórico do conjunto dos doze stressores estudados.

H08: Cada um dos valores para o trabalho (EVAT30) apresenta uma diferente hierarquização dos stressores

5.2.9. Pressupostos teóricos para a Hipótese H09

A hipótese H09 tem por detrás a compreensão da relação entre a variável intermediária (stressores) e a variável dependente (MBI). Os stressores já foram anteriormente descritos.

H09: Cada um dos factores do MBI evidencia uma diferente hierarquização dos stressores

Capítulo 6

METODOLOGIA

6.1. Plano de amostragem

Ainda no ano de 2002, iniciou-se em Portugal um processo de reestruturação do serviço nacional de saúde, com repercussões ao nível da gestão hospitalar e a adopção de um novo estatuto jurídico, em que grande parte dos hospitais distritais foram transformados em sociedades anónimas de capitais exclusivamente públicos geridos de um modo empresarial, no decurso do ano de 2003 (Decreto-Lei n.º 277/2002 de 9 de Dezembro, Diário da República – I Série-A, N.º 284).

Por outro lado, as políticas do actual governo para o sector da saúde têm conduzido a um encerramento contínuo das unidades e serviços de saúde com uma menor taxa de doentes, facto que se tem traduzido em fortes manifestações sociais com principal incidência no norte de Portugal, já por si suficientemente desertificado pelos movimentos de imigração e emigração decorrentes da inexistência de incentivos e estratégias de fixação da população.

A caracterização sócio-demográfica dos profissionais de enfermagem foi obtida junto de um dos membros da direcção da ordem dos enfermeiros. As categorias profissionais dos enfermeiros, são legalmente sustentadas ao nível das competências, no Decreto-Lei n.º 437/1991 de 8 de Novembro (Diário da República – I Série, N.º 257).

6.1.1. Definição do universo

O universo deste estudo refere-se a todos os profissionais de enfermagem, de nacionalidade portuguesa ou estrangeira, de todas as categorias profissionais e especialidades, a exercerem funções em território nacional e nos arquipélagos dos açores e da madeira, em unidades de cuidados de saúde primários e diferenciados do sector público ou privado.

No que se refere às características sócio-demográficas dos profissionais de enfermagem, conforme se pode observar na tabela seguinte, o género feminino tem uma representação sensivelmente quatro vezes superior (81.4%) à do género masculino

(18.6%), considerando já o número de profissionais em território nacional e nos arquipélagos dos açores e da madeira (43978).

Tabela 10 - Distribuição dos enfermeiros por sexo

Total	
Distribuição por sexo	
Feminino	35803
Masculino	8175
Total	43978

6.1.2. População do estudo

A população deste estudo são os profissionais de enfermagem apenas do território continental de Portugal, excluindo portanto os arquipélagos dos açores e da madeira, a exercerem funções ao nível dos “Cuidados de Saúde Primários”, dos “Cuidados de Saúde Diferenciados”, nos sectores público ou privado, das diferentes especialidades e categorias profissionais.

Ou seja, dada a dificuldade de uma divulgação pessoal do estudo a realizar junto dos profissionais dos arquipélagos dos açores (1209) e da madeira (1530), ao total nacional de 43978 deve-se subtrair 2738, pelo que a população deste estudo fica reduzida a 41239 indivíduos.

Para o presente estudo, o ideal teria sido a constituição de uma amostra representativa das diferentes características dos profissionais de enfermagem a trabalhar em Portugal. Contudo, a ponderação dos condicionalismos económicos para a divulgação desta investigação, aliada ao tempo disponível e à dificuldade resultante do facto dos enfermeiros estarem a ser sistematicamente estudados, levou a que se optasse por avaliar estes profissionais aleatoriamente nas regiões de Lisboa, Porto e Norte de Portugal.

Já no que se refere à distribuição por distrito observada na tabela 11, pode-se constatar que há uma proporção dos profissionais existentes de acordo com a

distribuição geográfica conhecida da população portuguesa, em que os distritos com maior representatividade são Lisboa (25,72 %), Porto (18,01 %) e Coimbra (8,58 %), e os distritos com menos profissionais são os do interior do país, aspecto que está em consonância com a desertificação cada vez maior que deriva da deslocação das populações quer para os grandes centros e regiões do litoral, quer para fora do país.

Tabela 11 - Distribuição nacional dos enfermeiros por distrito


Distribuição por distrito	Feminino	Masculino	Total	
Aveiro	1474	330	1804	
Beja	461	102	563	
Braga	1928	401	2329	
Bragança	587	141	728	
Castelo Branco	763	218	981	
Coimbra	2785	980	3765	
Évora	582	108	690	
Faro	1201	316	1517	
Guarda	521	141	662	
Leiria	1096	211	1307	
Lisboa	9204	2075	11279	
Portalegre	414	150	564	
Porto	6627	1273	7900	
Santarém	1153	228	1381	
Setúbal	2014	405	2419	
Viana do Castelo	754	170	924	
Vila Real	804	206	1010	
Viseu	1015	278	1293	
Total	33383	7733	41239	

Tabela 12 - Distribuição dos enfermeiros por especialidade

Distribuição por especialidade	Total
Enfermeiro Generalista	37182
Reabilitação	1033
Saúde Infantil e Pediátrica	982
Saúde Materna e Obstétrica	1553
Médico-Cirúrgica	1177
Comunitária	1082
Saúde Mental e Psiquiátrica	969
Total	43978

A tabela anterior, apresenta o número de enfermeiros por cada uma das especialidades existentes, em que os Enfermeiros Generalistas representam 84,55 % da totalidade dos profissionais de enfermagem.

O restante valor percentual (15,45%) distribui-se pelos Especialistas em Enfermagem de Reabilitação (2,35 %), os Especialistas em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica (2,23 %), os Especialistas em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (3,53 %), os Especialistas em Enfermagem Médico-Cirúrgica (2,68 %), os Especialistas em Enfermagem Comunitária (2,46 %), e os Especialistas em Enfermagem Saúde Mental e Psiquiátrica (2,20 %). Não foi contudo possível saber as especialidades e o número de profissionais a trabalharem nos arquipélagos dos açores e da madeira.

6.1.3. Amostra do estudo

Dada a inviabilidade de constituir uma amostra com base nos dados e características pessoais e profissionais, e a dificuldade de divulgar esta investigação em todo o país, optou-se por utilizar um método de amostragem não aleatório ou não probabilístico, pelo que a amostra obtida foi de conveniência.

Assim, foi conferida a cada unidade da sondagem da população estudada nas regiões de Lisboa e do Porto e Norte de Portugal – aquelas com maior número de profissionais de enfermagem -, uma oportunidade igual de integrar a amostra através de um contacto telefónico estabelecido previamente com todos os Centros de Saúde e Hospitais, pretendendo-se assim obter uma amostra o mais estratificada e representativa possível da população em estudo.

Conforme se pode observar no mapa de Portugal representado anteriormente, foram estudadas duas das cinco regiões em que este se organiza.

São 1100 o número de sujeitos válidos que integram a amostra do estudo e que se distribuem pelas diferentes especialidades, o que representa uma adesão média do universo constituído pelos profissionais de enfermagem inferior a 3%.

Destacam-se particularmente as participações dos especialistas de enfermagem médico-cirúrgica (3%) e os enfermeiros generalistas (3%), sendo esta a designação dos profissionais em início de carreira.

Tabela 13 - Distribuição da amostra dos enfermeiros por especialidade

Distribuição por especialidade	Total Nacional	Total Amostra	Representatividade
Enfermeiro Generalista	37182	986	3%
Reabilitação	1033	17	2%
Saúde Infantil e Pediátrica	982	8	1%
Saúde Materna e Obstétrica	1553	10	1%
Médico-Cirúrgica	1177	41	3%
Comunitária	1082	23	2%
Saúde Mental e Psiquiátrica	969	15	2%
Total	43978	1100	14%

6.1.3.1. Caracterização univariada da amostra

De seguida apresenta-se a caracterização univariada da amostra de acordo com os seus dados pessoais e profissionais.

6.1.3.1.1. Caracterização da amostra de acordo com os dados pessoais

Os dados pessoais pelos quais a amostra é caracterizada integram as variáveis nacionalidade, sexo (género), estado civil, número de filhos, faixa etária e grau de escolaridade.

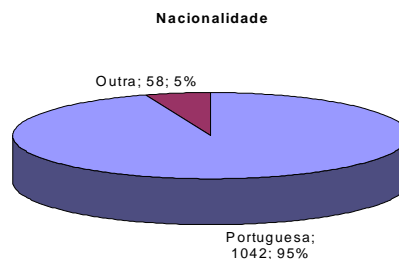
6.1.3.1.1.1. Nacionalidade

Tal como se pode observar na tabela 14 e no gráfico 1, a quase totalidade da amostra é constituída por indivíduos de nacionalidade portuguesa - mais concretamente 1042 dos sujeitos inquiridos, que assim têm uma representatividade de 95% -, restando apenas 58 indivíduos que constituem 5% da parte da amostra, em que certamente se podem incluir aqueles profissionais que para além de lerem e compreenderem a língua portuguesa, ou nasceram nos Países Africanos de Língua Oficial Portuguesa (PALOP's), ou têm a nacionalidade de um qualquer Estado da União Europeia e detêm a equivalência académica do curso de enfermagem para o seu exercício laboral.

Tabela 14 - Distribuição por nacionalidade

	Frequência	Percentagem
Portuguesa	1042	94.7
Outra	58	5.3
Total	1100	100.0

Gráfico 1 - Distribuição por nacionalidade



6.1.3.1.1.2. Sexo (género)

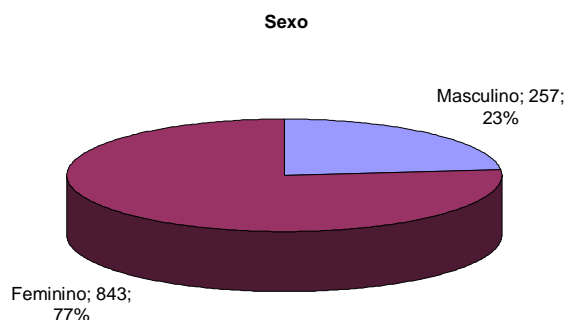
No que se refere à caracterização da amostra em termos de sexo (género), masculino ou feminino, com base na tabela 15 e no gráfico 2, constata-se que mais de três quartos dos inquiridos ($n = 843$) são do sexo feminino, pelo que as mulheres constituem 77% da amostra, sendo que apenas 257 (23%) dos indivíduos são do sexo masculino.

A desproporção dos números encontrados, talvez tenha a ver com o facto de em Portugal ainda perdurar a representação social da enfermagem como uma profissão essencialmente desenvolvida por mulheres, uma vez que num passado não muito distante foi na realidade uma actividade exclusivamente feminina.

Tabela 15 - Distribuição por sexo (género)

	Frequência	Percentagem
Masculino	257	23.4
Feminino	843	76.6
Total	1100	100.0

Gráfico 2 - Distribuição por sexo (género)



6.1.3.1.1.3. Estado civil

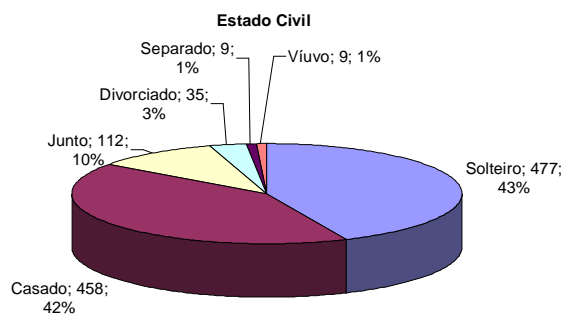
Tal como se pode verificar na representação gráfica 3 dos valores da tabela 16, os dois estados civis predominantes nos profissionais de enfermagem que constam desta investigação são, o de solteiro, com 477 indivíduos a configurarem uma valor percentual de 43% da amostra, e o de casado, em que surgem 458 profissionais a representarem 42% dos inquiridos.

Os restantes 15%, são respectivamente repartidos pelos estados civis de junto ou união de facto (n=112, 10%), divorciado (n=35, 3%), separado (n=9, 1%) e viúvo (n=9, 1%).

Tabela 16 - Distribuição por estado civil

	Frequência	Percentagem
Solteiro	477	43.4
Casado	458	41.6
Junto	112	10.2
Divorciado	35	3.2
Separado	9	.8
Viúvo	9	.8
Total	1100	100.0

Gráfico 3 – Distribuição por estado civil

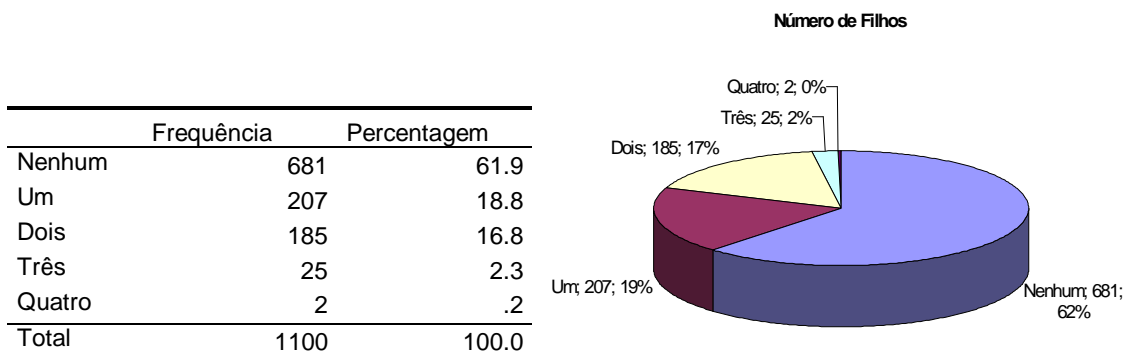


6.1.3.1.1.4. Número de filhos

A maioria da amostra recolhida não tem nenhum filho. Relativamente a esta variável, a tabela 17 e o gráfico 4 mostram que 61,9% (n=681) dos indivíduos não tem filhos, 18,8% (n=207) tem apenas um filho e 16,8% (185) tem dois filhos.

Os indivíduos com três, ou quatro filhos representam uma percentagem residual de 2,3% (n=25) e 0,2% (n=2), respectivamente.

Tabela 17 - Distribuição por número de filhos Gráfico 4 - Distribuição por número de filhos

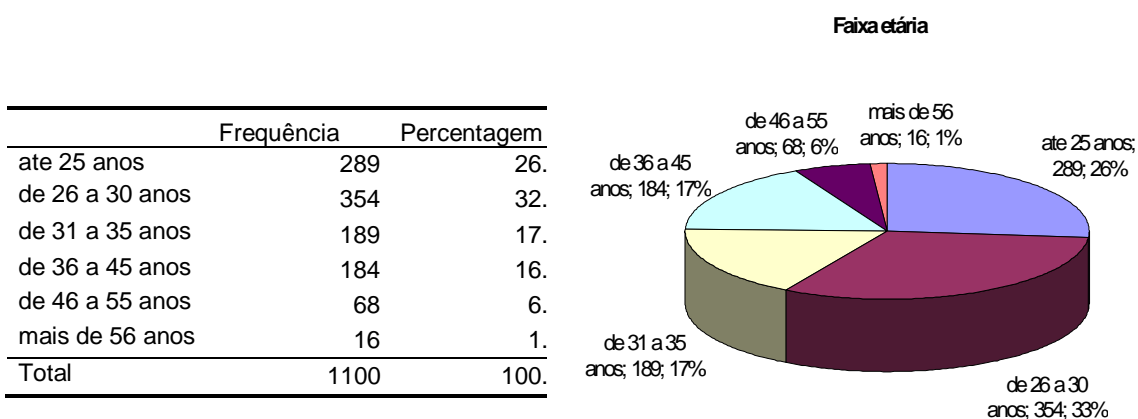


6.1.3.1.1.5. Faixa etária

A tabela 18 e o gráfico 5, que se apresentam seguidamente, referem-se à distribuição dos indivíduos por classes etárias, podendo-se verificar que três quintos da amostra ($n= 643$, 58%) tem uma idade inferior a 30 anos, em que surgem 289 (26%) sujeitos com uma idade inferior a 25 anos e 354 (32%) indivíduos com uma idade compreendida entre os 26 e os 30 anos. Nos restantes 41% que têm mais de 31 anos, 17,2% têm entre 31 e 35 anos (que somados com os anteriores escalões representam mais de três quartos dos inquiridos (75 %)). Dos 36 aos 45 anos encontram-se 184 (16%) indivíduos, dos 46 aos 55 anos temos 6% ($n=68$) e com mais de 56 anos existem apenas 16 (1%) pessoas.

Tabela 18 - Distribuição por faixa etária

Gráfico 5 - Distribuição por faixa etária

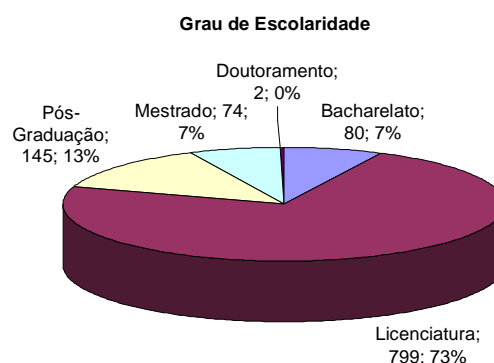


6.1.3.1.1.6. Grau de escolaridade

Com base nos dados da tabela 19 e do gráfico 6, constata-se que o grau de escolaridade com maior frequência corresponde à licenciatura ($n=799$, 72.6%) e, muito embora o curso de enfermagem já tenha passado a licenciatura à quase uma década, ainda se encontram 80 (7.3%) indivíduos apenas com o bacharelato. Os restantes 20% da amostra distribuem-se respectivamente pelos graus de escolaridade correspondentes à pós-graduação ($n=145$, 13.2%), ao mestrado ($n=74$, 6.7%) e ao doutoramento ($n=2$, 0.2%).

Tabela 19 - Distribuição por grau de escolaridade **Gráfico 6 - Distribuição por grau de escolaridade**

	Frequência	Percentagem
Bacharelato	80	7.3
Licenciatura	799	72.6
Pós-Graduação	145	13.2
Mestrado	74	6.7
Doutoramento	2	.2
Total	1100	100.0



6.1.3.1.2. Caracterização da Amostra de acordo com os dados profissionais

A amostra é ainda caracterizada de acordo com as variáveis que integram os dados profissionais, tais como a instituição (centro de saúde, hospital), serviço (medicina, psiquiatria, cardiologia, etc.), categoria profissional, tempo de serviço e especialidade.

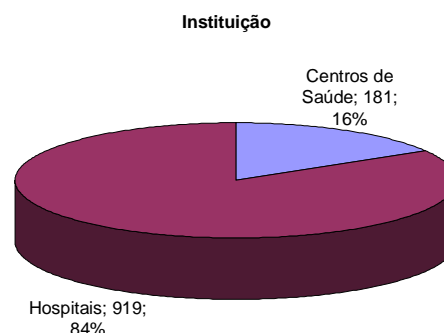
6.1.3.1.2.1. Instituição

Tal como se pode observar na tabela 20 e no gráfico 7, do total dos indivíduos inquiridos existem 181 (16.5%) que exercem a sua actividade nos Centros de Saúde, enquanto que a maioria dos profissionais de enfermagem ($n=919$, 83.5%) desempenham as suas funções em instituições hospitalares.

Tabela 20 - Distribuição por instituição

	Frequência	Percentagem
Centro de Saúde	181	16.5
Hospital	919	83.5
Total	1100	100.0

Gráfico 7 - Distribuição por instituição



6.1.3.1.2.2. Serviço

Conforme se pode constatar na tabela seguinte - que se refere aos Serviços em que estão as enfermeiras que trabalham nos hospitais ou Unidades de Cuidados de Saúde Secundários -, o Serviço de Medicina representa precisamente um terço da amostra dos inquiridos em instituições hospitalares (n=306, 33.3%), valor que vai no sentido da distribuição que se pode encontrar no panorama nacional.

Tabela 21 - Distribuição por serviço

SERVIÇO	Frequência	Percentagem
Medicina	306	33.3
Urgência	119	12.9
Psiquiatria	93	10.1
Cirurgia	92	10.0
Neonatologia	73	8.0
Ortopedia	55	6.0
Infectocontagiosas	42	4.6
Fisiatria	39	4.2
Otorrino	34	3.7
Dialise	20	2.2
Pediatria	20	2.2
Cuidados Intensivos	15	1.6
Obstetricia	5	0.5
Oncologia	4	0.4
Cardiologia	2	0.2
Total	919	100.0

Os outros Serviços constituem os restantes 66.6% da amostra, sendo respectivamente a Urgência (n=119, 12.9%), Psiquiatria (n=93, 10.1%), Cirurgia (n=92,

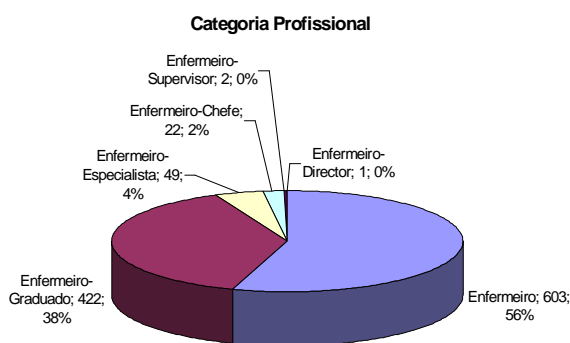
10.0%), Neonatologia (n=73, 8.0%), Ortopedia (n=55, 6.0%), Infectocontagiosas (n=42, 4.6%), Fisiatria (n=39, 4.2%), Otorrino (n=34, 3.7%), Diálise (n=20, 2.2%), Pediatria (n=20, 2.2%), Cuidados Intensivos (n=15, 1.6%), Obstetrícia (n=5, 0.5%), Oncologia (n=4, 0.4%), Cardiologia (n=2, 0.2%).

6.1.3.1.2.3. Categoria profissional

Relativamente à categoria profissional (veja-se a tabela 22 e o gráfico 8), as duas categorias onde se observa maior frequência são a dos Enfermeiros (n=603, 54.9%) e Enfermeiros-Graduados (n=422, 38.4%). As restantes representam apenas 6,7% da amostra, integrando as categorias de Enfermeiro-Especialista (n=49, 4.5%), Enfermeiro-Chefe (n=22, 2.0%), Enfermeiro-Supervisor (n=2, 0.2%) e de Enfermeiro-Director (n=1, 0.1%). De referir que existe ainda uma não resposta (n=1, 0.1%) que resulta do facto de um dos questionários ter passado na triagem realizada por forma a excluir todos os questionários que não estavam respondidos na íntegra.

Tabela 22 - Distribuição por categoria profissional **Gráfico 8 - Distribuição por categoria profissional**

	Frequência	Percentagem
Enfermeiro	603	54.9
Enfermeiro Graduado	422	38.4
Enfermeiro Especialista	49	4.5
Enfermeiro Chefe	22	2.0
Enfermeiro Supervisor	2	.2
Enfermeiro Director	1	.1
Total	1099	100.0



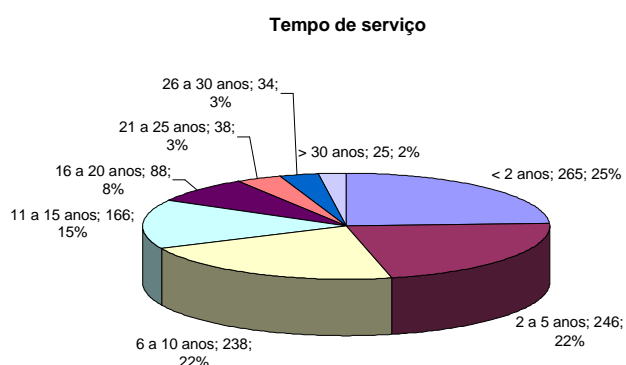
6.1.3.1.2.4. Tempo de serviço

Com base na tabela 23 e no gráfico 9, verifica-se que sensivelmente metade da amostra tem até 5 anos de tempo de serviço, pois que existem 265 indivíduos (24.1%) com menos de 2 anos de trabalho e 246 (22.4%) com 2 a 5 anos de actividade

profissional. Os enfermeiros com 6 a 10 anos de serviço apresentam também uma frequência significativa (n=238, 21.6%), pelo que a maioria dos indivíduos inquiridos (68.1%) têm até 10 anos de serviço. Nos outros intervalos de tempo de serviço, podem-se observar 15.1% (n=166) com 11 a 15 anos, 8.0% (n=88) com 16 a 20 anos, 3.5% (n=38) com 21 a 25 anos, 3.1 % (n=34) com 26 a 30 anos e 2.3% (n=25) com mais de 30 anos de tempo de serviço.

Tabela 23 - Distribuição por tempo de serviço **Gráfico 9 - Distribuição por tempo de serviço**

	Frequência	Percentagem
< 2 anos	265	24.1
2 a 5 anos	246	22.4
6 a 10 anos	238	21.6
11 a 15 anos	166	15.1
16 a 20 anos	88	8.0
21 a 25 anos	38	3.5
26 a 30 anos	34	3.1
> 30 anos	25	2.3
Total	1100	100.0



6.1.3.1.2.5. Especialidade

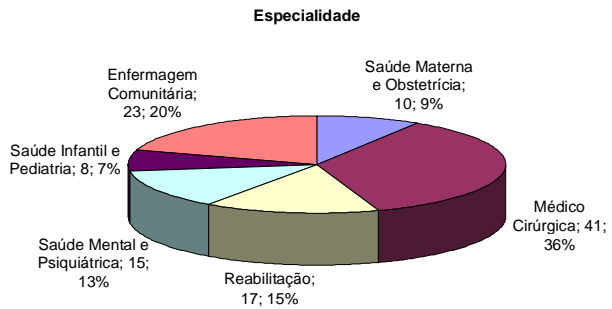
No que diz respeito às especialidades, a tabela 24 e o gráfico 10 permitem observar que 986 (89.5%) dos indivíduos da amostra, são profissionais que ainda não tiraram uma especialidade, sendo designados por enfermeiros graduados ou generalistas para efeitos administrativos.

Os restantes 10,5% dos indivíduos possuem especialidades que se distribuem da seguinte forma em relação ao universo que formam e na sua consideração como um todo (100%): 3,7% em Médico Cirúrgica (n=41, 36.0%), 2,1% em Enfermagem comunitária (n=23, 20.2%), 1,5% em Reabilitação (n=17, 14.9%), 1,4% em Saúde Mental e Psiquiátrica (n=15, 13.2%), 0,9% em Saúde Materna e Obstetrícia (n=10, 8.8%), 0,7% em Saúde Infantil e Pediatria (n=8, 7.0%).

Tabela 24 - Distribuição por especialidade

	Frequência	Percentagem
Saúde Materna e Obstetrícia	10	8.8
Médico Cirúrgica	41	36.0
Reabilitação	17	14.9
Saúde Mental e Psiquiátrica	15	13.2
Saúde Infantil e Pediatria	8	7.0
Enfermagem Comunitária	23	20.2
Total	114	100.0

Gráfico 10 - Distribuição por especialidade



6.1.3.1.2.5.1. Caracterização genérica das especialidades existentes

Enfermagem Comunitária. Intervêm ao nível da saúde pública, realizando diagnósticos junto da comunidade, de uma forma geral, e em contextos específicos como as escolas, o trabalho (saúde ocupacional), e instituições específicas (lares de terceira idade, prisões, etc.). No planeamento da saúde que desenvolvem, procuram ainda os seus factores determinantes (estilos de vida, ambiente e saúde ambiental), minimizar a problemática da exclusão social e reduzir as diferentes epidimologias.

Enfermagem Médico-Cirúrgica. Exercem a sua actividade em situações de crise - prestando o suporte necessário ao doente e seus familiares -, predominantemente nos serviços de urgência e unidades de cuidados intensivos e intermédios, em que cuidam quer da pessoa em falência multiorgânica ao nível dos aspectos fisiopatológicos, quer da pessoa em fase final de vida, com infecção nosocomial, ou simplesmente com dor.

Enfermagem de Reabilitação. Trabalham com a pessoa na sua deficiência e com a problemática suscitada nas dinâmicas familiar e social, realizando diferentes diagnósticos e intervenções aos níveis de: função motora e neurosensorial, reabilitação funcional motora, cinesiologia (movimento e mobilidade), reeducações funcional respiratória e vesical e intestinal.

Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria. Prestam cuidados continuados em saúde infantil e pediatria, em unidades de medicina, cirurgia e urgências pediátricas, serviços de neonatologia, etc., trabalhando ainda as relações parentais e os processos de vinculação fragilizados pelo impacto da doença crónica ou aguda da criança na dinâmica familiar.

Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria. Intervêm predominantemente em situações de crise no domínio relacional ao nível da relação de ajuda do indivíduo ou do grupo, pela gestão positiva de sentimentos e exercício de técnicas pedagógicas de aconselhamento, reabilitação e integração social, relaxação e *empowerment*.

Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia. Estes profissionais prestam cuidados de enfermagem no âmbito da saúde materna e obstetrícia nos diferentes contextos da gravidez, parto e puerpério.

6.1.3.2. Caracterização bivariada da amostra

Seguidamente, procede-se à caracterização bivariada da amostra de acordo com a relação dos dados pessoais e profissionais com a nacionalidade, sexo e outras variáveis consideradas pertinentes.

6.1.3.2.1. Relação dos dados pessoais e profissionais com a nacionalidade

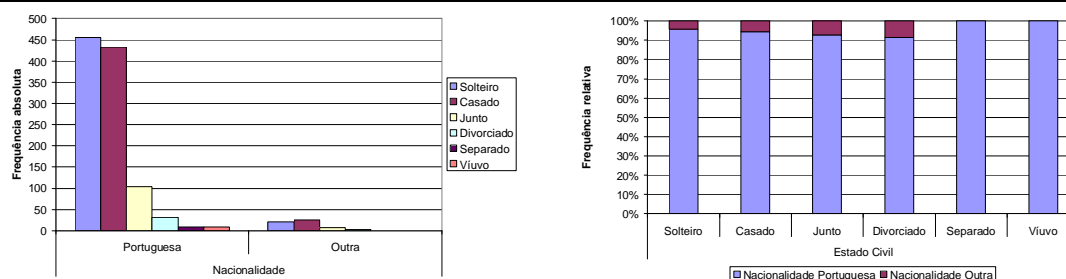
A variável nacionalidade é estudada seguidamente na sua relação com os dados profissionais a que se referem o estado civil, o número de filhos, a idade, a escolaridade e a categoria profissional.

6.1.3.2.1.1. Nacionalidade *versus* estado civil

De entre os profissionais inquiridos, o gráfico 11 permite verificar que todos os 6 estados civis possíveis se encontram nos indivíduos de nacionalidade portuguesa, enquanto que os estados civis de separado e viúvo não registam qualquer frequência nas

peças com outra nacionalidade, circunstância que tem certamente a ver com a desproporção destas duas sub-amostras.

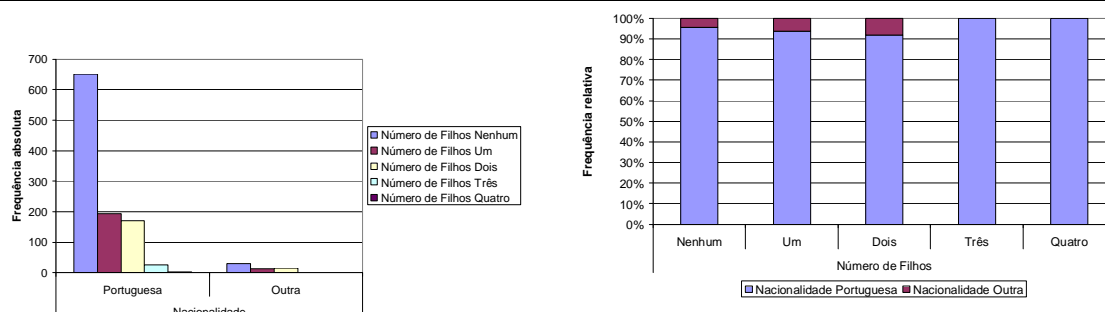
Gráfico 11 - Nacionalidade *versus* estado civil



6.1.3.2.1.2. Nacionalidade *versus* número de filhos

Da observação do gráfico 12, percebe-se que os indivíduos de nacionalidade portuguesa apresentam quatro das seis categorias referentes à variável número de filhos, enquanto que as pessoas com outra nacionalidade têm apenas três categorias respeitantes ao número de filhos. Os inquiridos da amostra com um número de filhos superior a dois são todos portugueses, em que existem 25 indivíduos com três filhos e 2 com quatro filhos, conforme informação obtida aquando da análise univariada do número de filhos.

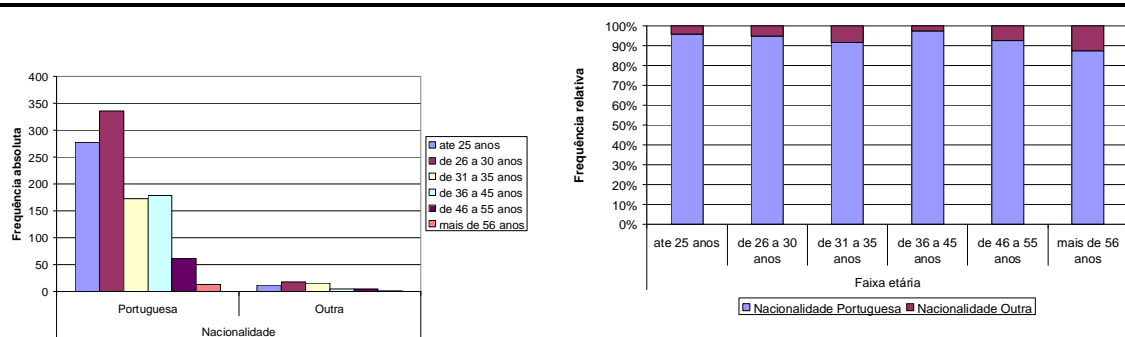
Gráfico 12 - Nacionalidade *versus* número de filhos



6.1.3.2.1.3. Nacionalidade *versus* idade

As seis faixas etárias que integram a variável idade, estão representadas de um modo muito idêntico nas duas sub-amostras em que se desconstrói a variável nacionalidade, relativamente à qual existe uma desproporção quantitativa já assinalada, em que as faixas etárias com uma maior frequência são respectivamente a de 26 a 30 anos e a de até 25 anos. Os profissionais com mais de 56 anos são aquela classe que tem uma menor frequência nas sub-amostras acima mencionadas.

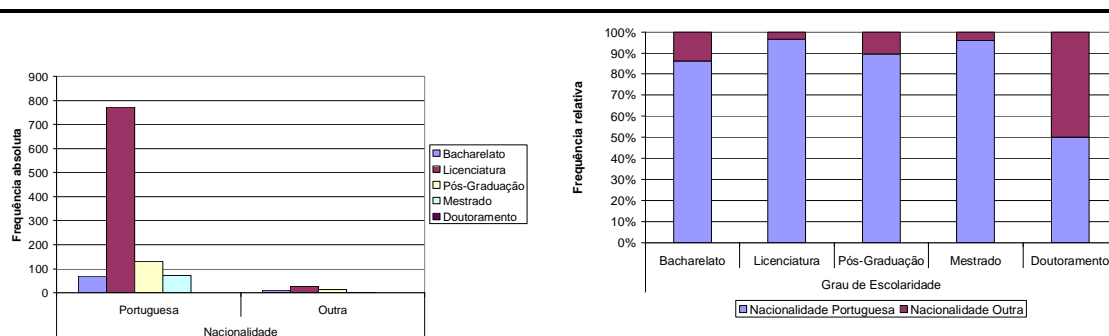
Gráfico 13 - Nacionalidade *versus* idade



6.1.3.2.1.4. Nacionalidade *versus* escolaridade

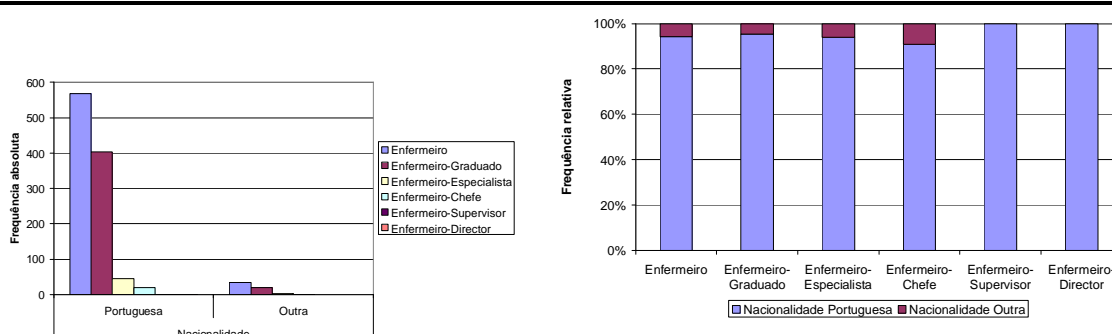
A variável escolaridade integra 5 classes, sendo que todas estas têm expressão em ambas as sub-amostras, em que os graus académicos a que corresponde a licenciatura e o mestrado se verificam menos nos indivíduos com outra nacionalidade, particularmente a licenciatura.

Gráfico 14 - Nacionalidade *versus* escolaridade



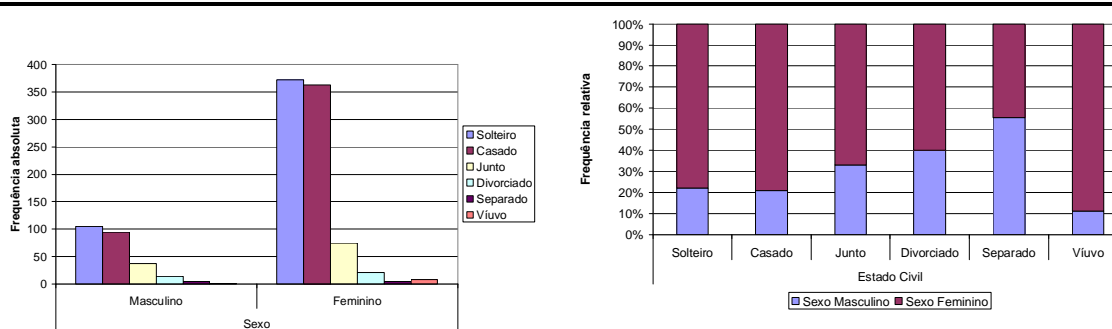
6.1.3.2.1.5. Nacionalidade *versus* categoria profissional

As seis classes definidas para a variável categoria profissional, apenas se encontram integralmente representadas para a sub-amostra constituída pelos profissionais de nacionalidade portuguesa. Em relação à sub-amostra formada pelos indivíduos com outra nacionalidade, constata-se que as categorias de enfermeiro-supervisor e de enfermeiro-director não têm qualquer expressão.

Gráfico 15 - Nacionalidade *versus* categoria profissional

6.1.3.2.2. Relação dos dados pessoais e profissionais com o sexo

Tal como se pode observar, de seguida apresenta-se o estudo da relação do sexo com os dados pessoais (estado civil, número de filhos, idade e escolaridade) e os dados profissionais (categoria profissional).

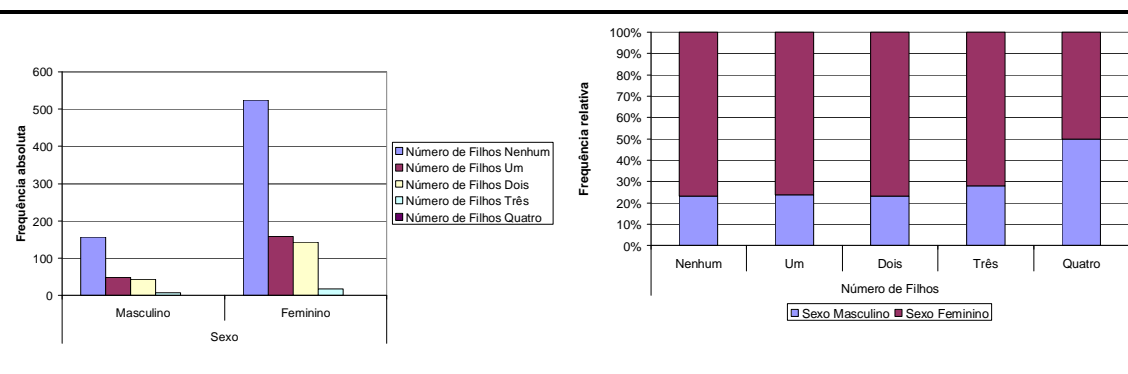
6.1.3.2.2.1. Sexo *versus* estado civilGráfico 16 - Sexo *versus* estado civil

Conforme se observa no gráfico 16, para além do valor desproporcional configurado pelos profissionais do sexo feminino comparativamente com o número de indivíduos do sexo masculino, verifica-se que determinados estados civis têm uma maior ocorrência junto da sub-amostra masculina, nomeadamente os estados de junto, divorciado e separado.

6.1.3.2.2.2. Sexo *versus* número de filhos

Tal como se pode constatar no gráfico 17, a distribuição da amostra quanto ao número de filhos é semelhante para os dois sexos, podendo contudo observar-se que no que respeita aos indivíduos do sexo masculino existe uma maior percentagem de profissionais com mais de dois filhos. Para um número de 4 filhos, homens e mulheres exibem uma distribuição muito próxima.

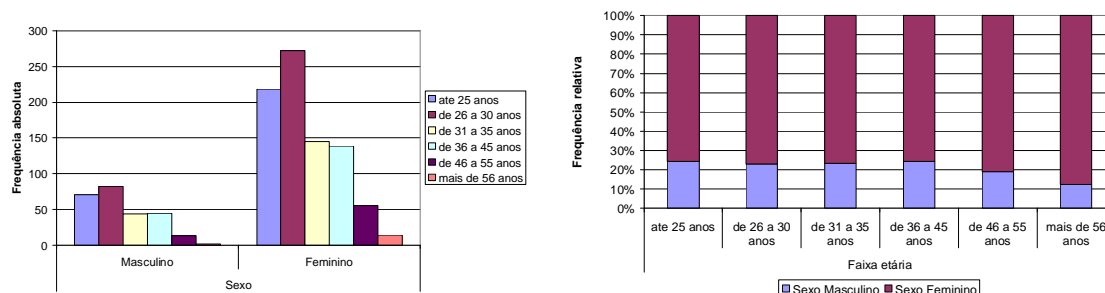
Gráfico 17 - Sexo *versus* número de filhos



6.1.3.2.2.3. Sexo *versus* idade

Os indivíduos inquiridos, no que se refere às sub-amostras constituídas pelo sexo masculino e feminino, apresentam uma distribuição muito semelhante quanto às seis faixas etárias definidas para a variável idade, sendo porém de salientar uma maior percentagem de pessoas do sexo feminino para as faixas etárias de 25 a 30 anos e de 31 a 35.

Gráfico 18 - Sexo versus idade

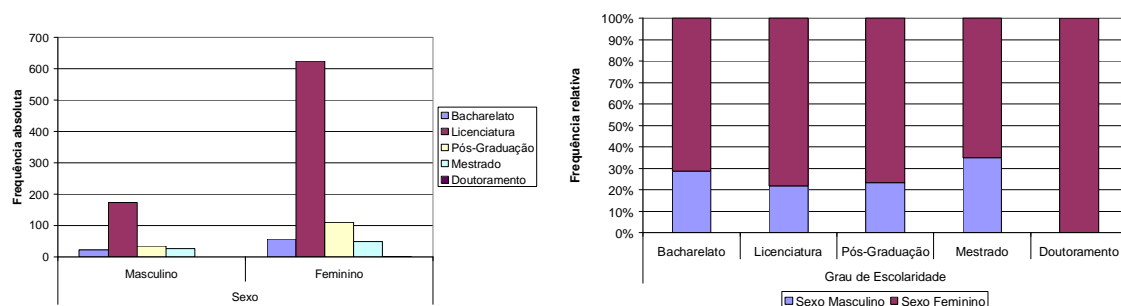


6.1.3.2.2.4. Sexo versus escolaridade

No que se refere à escolaridade, tal como se constata no gráfico seguinte, é possível observar que a distribuição dos diferentes graus académicos é muito semelhante para os sexos que integram as sub-amostras definidas pelos indivíduos do género masculino e feminino.

De referir contudo, que os dois doutoramentos que se assinalam são do sexo feminino.

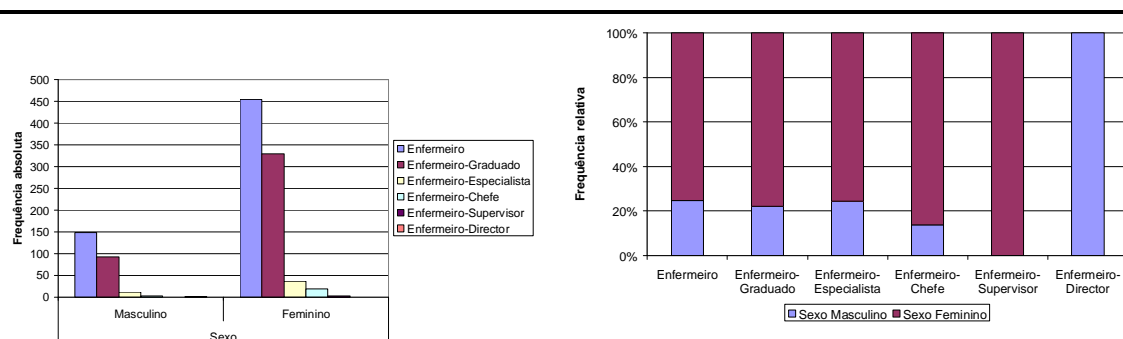
Gráfico 19 - Sexo versus escolaridade



6.1.3.2.2.5. Sexo *versus* categoria profissional

A representação gráfica elucidativa da relação entre as duas classes que definem a variável sexo e as seis classes que configuram a variável categoria profissional, permite-nos observar que muito embora a distribuição das diferentes categorias profissionais seja muito semelhante para ambos os sexos, a categoria de enfermeiro-supervisor é preenchida por indivíduos do sexo feminino, enquanto que a categoria de enfermeiro-director é ocupada pelo sexo masculino.

Gráfico 20 - Sexo *versus* categoria profissional

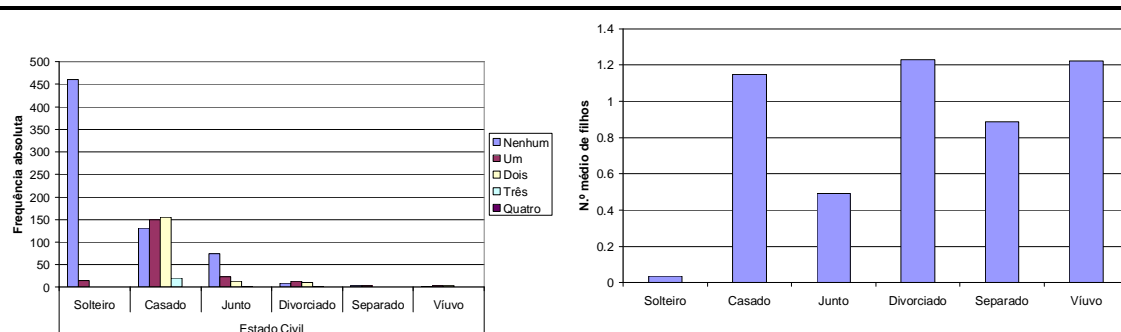


6.1.3.2.3. Relação entre outros dados pessoais e profissionais

A seguir, é possível observar-se o estudo quer da relação do estado civil com o número de filhos, idade, escolaridade e categoria profissional, quer da relação da categoria profissional com o número de filhos, idade, escolaridade, quer da relação da escolaridade com o número de filhos e a idade, quer ainda da relação da idade com o número de filhos.

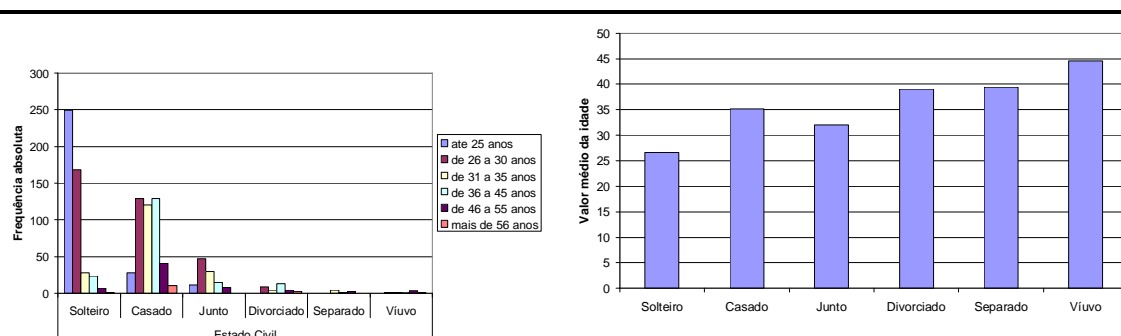
6.1.3.2.3.1. Estado civil *versus* número de filhos

O estado civil em que existe um maior número de filhos é o de casado, seguido pelos indivíduos divorciados e viúvos. Contudo, aquelas pessoas que permanecem solteiras ou que vivem em união de facto (juntas), exibem também alguma descendência, particularmente as que estão juntas, circunstância que talvez tenha a ver com o facto da amostra recolhida ser muito nova e detentora de uma nova forma de estar na vida.

Gráfico 21 - Estado civil *versus* número de filhos

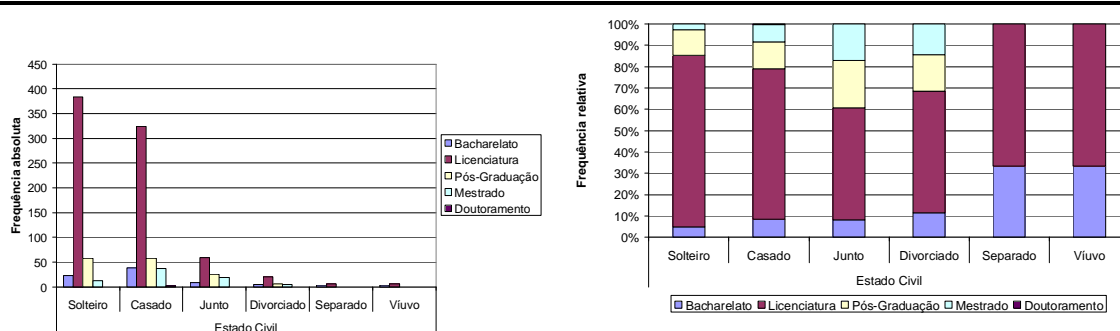
6.1.3.2.3.2. Estado civil *versus* idade

No âmbito do estudo da relação do estado civil com a idade, tal como se pode observar no gráfico 22, muitos dos indivíduos inquiridos permanecem solteiros até aos 30 anos, até porque a tendência para o casamento caracteriza de um modo muito semelhante as faixas etárias dos 26 a 30 anos, dos 31 a 35 anos e dos 36 a 45 anos. As pessoas mais velhas são particularmente os viúvos, seguidos pelos separados e divorciados.

Gráfico 22 - Estado civil *versus* idade

6.1.3.2.3.3. Estado civil *versus* escolaridade

O grau de escolaridade a que corresponde a licenciatura predomina em qualquer um dos seis estados civis definidos, parecendo haver uma correspondência quase directa dos estados civis que implicam um não compromisso formal para com alguém, com o investimento ao nível da escolaridade.

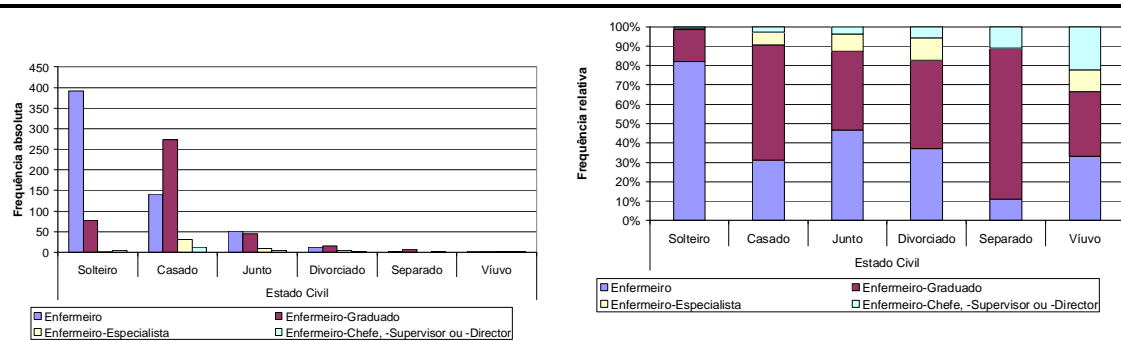
Gráfico 23 - Estado civil *versus* escolaridade

De entre os indivíduos solteiros, talvez porque tiraram o curso há menos tempo e são predominantemente os mais novos, são poucos os bacharelados existentes, sendo a licenciatura a habilitação que mais predomina neste grupo, que evidencia já um investimento particularmente ao nível das pós-graduações, sendo que a procura do mestrado é ainda incipiente.

A escolaridade que caracteriza aquelas pessoas que optaram por casar é a licenciatura, tal como aquelas que preferiram juntar-se, embora estas últimas denotem já um investimento relevante no que respeita às pós-graduações e mestrados. As pós-graduações e mestrados são também formações procuradas pelos indivíduos que estão separados. Quanto aquelas pessoas que estão apenas separadas ou viúvas, verifica-se um menor investimento ao nível da formação, que se tende a circunscrever ao bacharelato e à licenciatura.

6.1.3.2.3.4. Estado civil *versus* categoria profissional

A categoria profissional de enfermeiro é aquela que tem uma maior expressão nos indivíduos solteiros, sendo seguida pela de enfermeiro-graduado numa representatividade sensivelmente quatro vezes menor. Esta tendência inverte-se nos indivíduos casados, em que os enfermeiros-graduados são aproximadamente o dobro daqueles com a categoria de enfermeiros, sendo este o estado civil que se inicia com a categoria profissional de enfermeiro-especialista, que parece ser interrompida apenas aquando da separação.

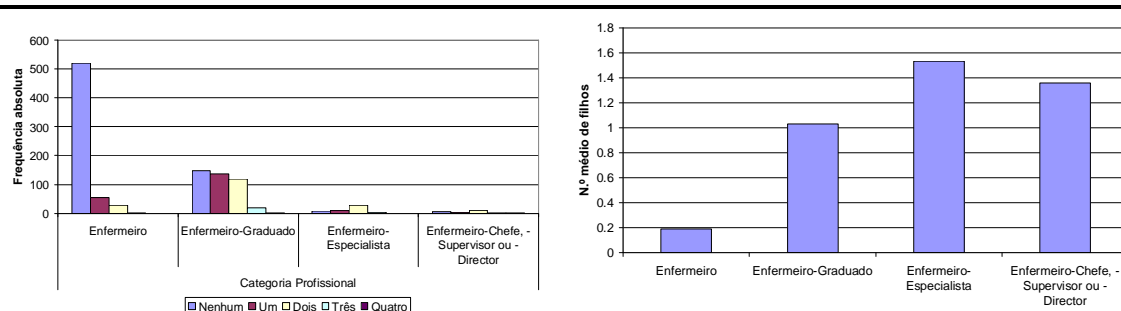
Gráfico 24 - Estado civil *versus* categoria profissional

As categorias profissionais correspondentes aos cargos de enfermeiro-chefe, enfermeiro-supervisor e enfermeiro-director, são mais comuns nos indivíduos que enviuvaram, se separaram ou divorciaram, respectivamente.

6.1.3.2.3.5. Categoria profissional *versus* número de filhos

A categoria profissional de enfermeiro é aquela que apresenta, em média, um menor número de filhos, salientando-se contudo os enfermeiros graduados particularmente com um ou dois filhos.

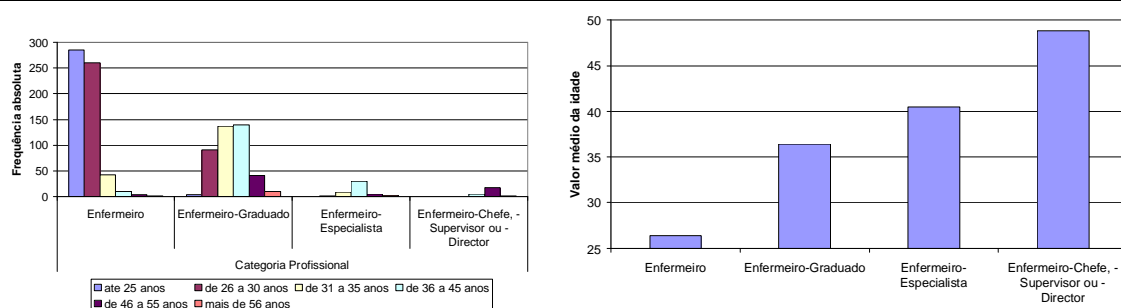
Face à representatividade que têm na amostra inquirida, os enfermeiros especialistas são aqueles que exibem uma maior percentagem de filhos, surgindo maioritariamente com dois filhos, tal como sucede com as categorias de enfermeiro-chefe, enfermeiro-supervisor e enfermeiro-director.

Gráfico 25 - Categoria profissional *versus* número de filhos

6.1.3.2.3.6. Categoria profissional *versus* idade

No gráfico 26, é evidente a relação da progressão hierárquica que reflectem as diferentes categorias profissionais com o aumento gradual da idade, que se constitui para efeitos estatísticos em seis classes ou faixas etárias distintas, pelo que faz sentido inferir-se que em Portugal a progressão na carreira de enfermagem ainda está muito associada aos anos de serviço que a idade normalmente comporta.

Gráfico 26 - Categoria profissional *versus* idade

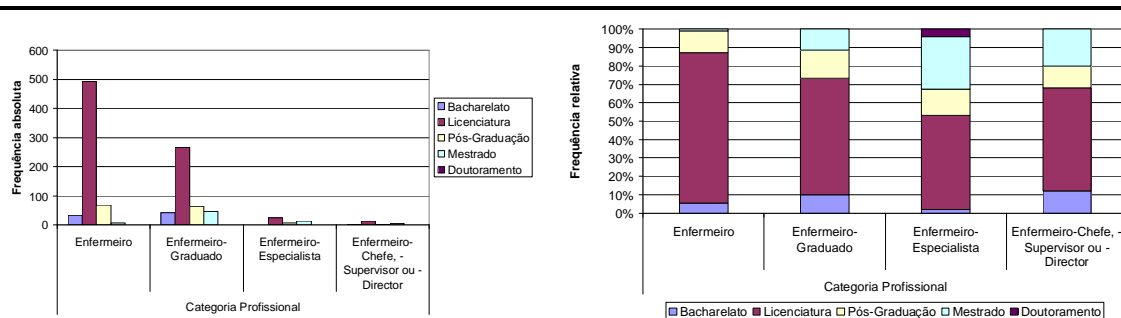


6.1.3.2.3.7. Categoria profissional *versus* escolaridade

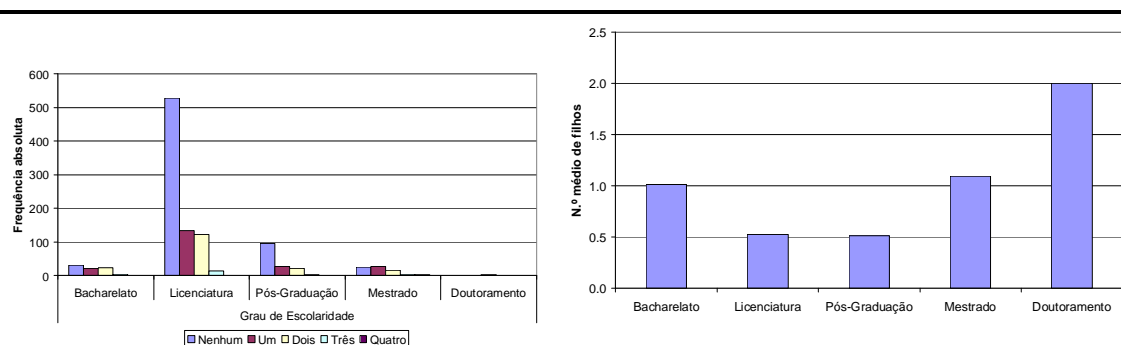
Os enfermeiros especialistas são aqueles que mais se implicam na qualificação académica, observando-se primeiramente que poucos são os indivíduos que permanecem apenas com o bacharelato e, em segundo, que esta é a categoria profissional com uma menor percentagem de licenciados e com valores percentuais mais elevados no que respeita às pós graduações e mestrados, sendo ainda de referir o único registo de doutoramentos.

Basicamente, as habilitações obtidas após a licenciatura apresentam uma maior percentagem nos enfermeiros especialistas, seguidos pelos enfermeiros graduados e pelos enfermeiros chefe, supervisor ou director.

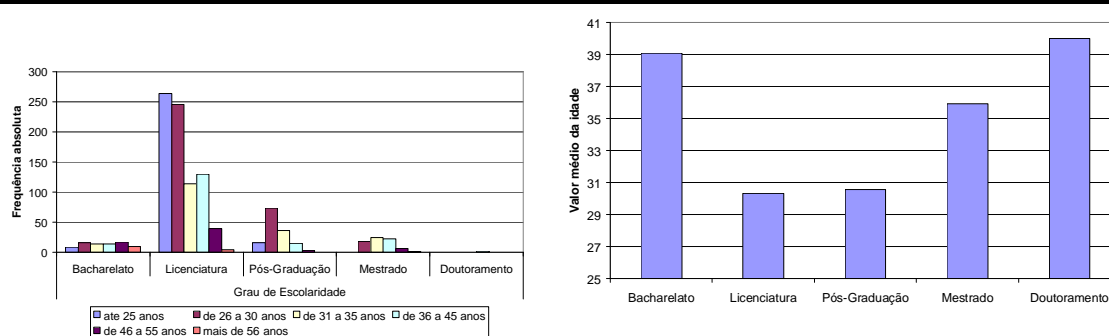
Observa-se de seguida a representação gráfica destes dados sobre os quais foram tecidas algumas considerações.

Gráfico 27 - Categoria profissional *versus* escolaridade6.1.3.2.3.8. Escolaridade *versus* número de filhos

Uma vez que já se percebeu que a escolaridade está indexada ao estado civil, não é pois de estranhar que a escolaridade se relacione também com o número de filhos. Assim, com base no gráfico apresentado, constata-se que os indivíduos licenciados e com pós-graduação têm, em média, um menor número de filhos, enquanto que aqueles com mestrado e com doutoramento são os que em média têm um maior número de filhos.

Gráfico 28 - Escolaridade *versus* número de filhos6.1.3.2.3.9. Escolaridade *versus* idade

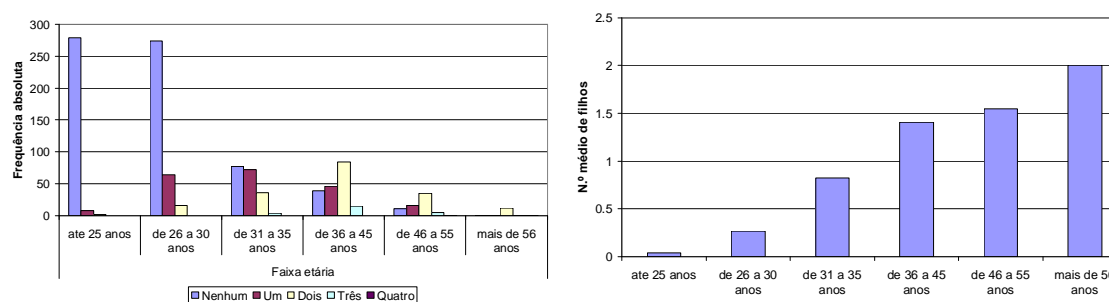
Na procura do tipo de relação que possa existir entre as variáveis escolaridade e idade, resulta que a evolução da idade acompanha a obtenção de novos graus de escolaridade, facto que é particularmente notório para os indivíduos com licenciatura ou pós-graduação.

Gráfico 29 - Escolaridade *versus* idade

A única exceção verifica-se ao nível do grau de escolaridade que representa o bacharelato, que se distribui de um modo uniforme por todas as faixas etárias, o que tem certamente a ver com a circunstância de só na última década a formação inicial de enfermagem conferir a licenciatura.

6.1.3.2.3.10. Idade *versus* número de filhos

O número médio de filhos tende a aumentar gradualmente para cada uma das faixas etárias definidas para a idade. Considerando que estas diferentes faixas etárias configuram distintas mentalidades e formas de estar na vida, o facto de actualmente os indivíduos tenderem a protelar a decisão de ter filhos, particularmente até aos 30 anos, talvez decorra do individualismo cultural que cada vez mais caracteriza as sociedades de hoje.

Gráfico 30 - Idade *versus* número de filhos

6.2. Instrumentos usados e sua fiabilidade

Procede-se de seguida à caracterização estatística quer da Escala de Valores para o Trabalho (EVAT30) quer do Inventário de Burnout de Maslach (MBI).

6.2.1. Escala de Valores para o Trabalho (EVAT30)

Apresenta-se de seguida uma caracterização do EVAT30 (fundamentada no Inventário de Valores de Schwartz), bem como a sua validação estatística e operacionalização factorial.

6.2.1.1. Construção do EVAT30

Uma vez que a Escala de Valores para o Trabalho (EVAT30) desenvolvida por Arciniegua e González (2000), apresenta a mesma fundamentação teórica e estrutura factorial que o Inventário de Valores de Schwartz - IVS (1992), interessa então antes de mais compreender como é que foi concebido o IVS.

6.2.1.1.1. Caracterização do IVS

Com base em três necessidades individuais básicas, Schwartz e Bilsky (1987) preconizam inicialmente sete domínios motivacionais ou valores, que são posteriormente reformulados por Schwartz (1992) para dez tipos motivacionais distintos (universalismo, benevolência, tradição, conformismo, segurança, poder, sucesso, hedonismo, estimulação e autodirecção), que quando submetidos a um escalonamento multidimensional (*Smallest Space Analysis*) evidenciam, em duas dimensões bipolares, um conjunto de relações dinâmicas de compatibilidade e incompatibilidade entre os diferentes tipos motivacionais.

A primeira dimensão opõe a “autotranscendência” à “autopromoção”, e refere-se ao conflito que o indivíduo sente entre procurar o bem-estar colectivo ou lutar pelo seu sucesso pessoal, enquanto que a segunda dimensão contrapõe a “abertura à mudança” ao “conservadorismo”, e diz respeito ao conflito existente entre as necessidades de mudança e a necessidade de assegurar o *status quo*.

Basicamente, o critério que orientou a construção do IVS, foi o de agrupar valores específicos de acordo quer com as metas motivacionais que se pensava configurarem os diferentes tipos de valor, quer ainda em número proporcional à amplitude da meta e à variedade dos valores que a expressavam (o tipo motivacional universalismo, por exemplo, integra oito valores, enquanto que o correspondente ao hedonismo inclui apenas dois valores), atribuindo-se uma clara preferência àqueles valores que se acreditava exprimirem uma meta motivacional inequívoca, como o hedonismo, estimulação e tradição (Schwartz, 1992, 1994).

Aqueles valores que muito embora se acreditasse exprimirem mais do que uma meta motivacional, eram considerados importantes em muitas culturas, foram também integrados no IVS, bem como outros valores que os colaboradores de Schwartz (1992) acreditavam faltar a este Inventário.

Em 95% das amostras das 63 nações estudadas, o IVS revelou-se coerente com os tipos de valor e a estrutura de relações teorizada, em que geralmente 8 dos 10 tipos de valor emergiam em regiões distintas dos espaço multi-dimensional projectado, enquanto que os outros dois apareciam misturados nos seus valores que os integram (Schwartz e Sagiv, 1995).

Ou seja, embora as pessoas se revelem diferentes no modo como hierarquizam os valores, tendem a organizá-los numa estrutura comum de relações motivacionais de oposição ou de congruência, o que possibilitou o estudo sistemático de relações significativas dos valores preconizados com diferentes atitudes, traços de personalidade, comportamentos, etc. (Schwartz, 2001).

O Inventário de Valores de Schwartz (IVS) integra 57 valores - que se baseiam sobretudo nos trabalhos de Rokeach, mas também em instrumentos desenvolvidos noutras culturas e em textos sobre a comparação de indivíduos pertencentes a diferentes religiões (Schwartz, 1992) -, em que cada valor apresentado é seguido por uma frase curta, entre parênteses, que pretende clarificar o seu significado.

Estruturalmente está organizado em duas listas, uma com 30 valores designados de terminais (nomes) e outra com 27 valores considerados como instrumentais

(adjectivos), não havendo qualquer distinção por tipos motivacionais, que no seu todo são representados por 52 valores, sendo os restantes cinco utilizados para procurar captar algum possível tipo espiritual.

Na versão espanhola do IVS proposta por Ros e Grad (1991), são sugeridos mais dois valores instrumentais, o *trabalho* (ganhar-se a vida de um modo digno) e a *identidade nacional* (definição como povo). Contudo, Gouveia e cols. (1998), sugerem a não diferenciação dos valores em duas listas.

Nos estudos realizados nas diferentes culturas, em que se referem diferentes modelos para medida dos valores preconizados por Schwartz (1992), fica claramente estabelecida a invariância estrutural proposta para o IVS (Schmitt, Schwartz, Steyer & Schmitt, 1993).

Todavia, a comparação de grupos com base no IVS, tal como ficou demonstrado na investigação conduzida por Triandis, McCusker e Hui (1990), requer o controlo estatístico dos estilos de resposta (Oishi, Schimmack, Diener & Suh, 1998). Convém ainda referir que com base nos diferentes estudos transculturais que realizou, Schwartz (1999) propôs ainda uma teoria de valores culturais baseada em apenas 7 dos 10 tipos de valor anteriormente preconizados.

Por forma a ultrapassar um problema de uso escalar, na administração do Inventário, antes de uma pessoa responder, diz-se-lhe para se perguntar a si própria "Que valores são importantes como princípios que orientam a MINHA vida, e que valores são menos importantes para mim?", e, só depois de escolher o valor mais importante e o valor oposto aos seus próprios valores – ou, na sua inexistência, aquele que considera menos importante -, segundo uma escala de 9 pontos, em que cada valor é avaliado desde o 7, que corresponde à “máxima importância”, até ao -1, que significa “oposto aos meus valores”, é que o indivíduo é convidado a classificar a importância dos restantes valores.

Gouveia e cols. (1998) propõem uma redução do intervalo da escala utilizada para medir os valores, de 0 “Nada importante na minha vida”, a 4 “De muita

importância na minha vida”, mantendo a recomendação de se usarem todos os números para uma melhor diferenciação da importância dos valores.

De acordo com Schwartz (1992), esta avaliação escalar era mais vantajosa, quer por razões metodológicas que adviriam das suas propriedades estatísticas, quer por razões conceptuais, porque a avaliação dos valores centrais não seria afectada e porque não haveria necessidade de fazer discriminações entre valores considerados igualmente importantes ou incompatíveis.

Por outro lado, argumentavam-se ainda as vantagens da avaliação de valores negativos na realização de trabalhos transculturais, porque aqueles valores que são considerados como desejáveis numa determinada cultura, podem ser tidos como metas noutras culturas (Schwartz, 1994). Para Ball-Rokeach e Loges (1994), a concepção deste tipo de escala de avaliação encontrar-se-ia mesmo fenomenologicamente mais próxima que a correspondente à ordenação hierárquica dos valores.

6.2.1.1.2. Caracterização do EVAT30

A Escala de Valores para o Trabalho (EVAT30) construída por Arciniega e González (2000), conforme citação dos autores, baseia-se essencialmente no *Rokeach Values Survey* (Rokeach, 1973), no *Schwartz Value Survey* (Schwartz, 1992), no *Goal, Mode and Social Values Inventory* (Braithwaite & Law, 1985), e desenvolve-se ainda sob a influência dos trabalhos de Kluckhohn e cols. (1968), Schwartz (1999) e Sverko e Vizek-Vidovic (1995).

Arciniega e Gonzalez (2000), propõem um instrumento novo e menos complexo para medir os dez tipos de valor preconizados por Schwartz (1992) no contexto laboral, a Escala de Valores para o Trabalho (EVAT30), em que os valores individuais para o trabalho são apreendidos num processo de identificação projectiva pela comparação com outras pessoas, que são descritas em função dos seus objectivos, aspirações e desejos particulares nos 30 itens que integram o questionário.

Deste modo, minimiza-se ainda o impacto quer dos aspectos educacionais na resposta dada, quer da abstracção implicada no tipo de resposta requerido pelo Inventário de Valores de Schwartz (1992).

O EVAT30, à semelhança do Inventário de Valores de Schwartz (IVS) de 1992, apresenta também um sistema de valores que se estrutura em duas dimensões bipolares, que deriva depois em quatro grandes valores designados de ordem superior - em que a “abertura à mudança” se opõe ao “conservadorismo” e a “autopromoção” se opõe à “autotranscendência” -, de que depois decorrem ainda dez tipos motivacionais ou valores, tendo sido validada numa amostra constituída por 246 indivíduos (150 do México e a exercerem funções administrativas e de gestão numa empresa ligada aos meios de comunicação; 77 de Espanha e pertencentes a uma instituição bancária).

Os 30 itens do EVAT30 agrupam-se em conjuntos de três para representarem os 10 factores, tendo havido o cuidado de os itens de cada um dos factores se distribuírem um a um por tipologias de valor contrárias.

Naturalmente, é ainda salvaguardada a confidencialidade das informações recolhidas por forma a reduzir os efeitos perniciosos da desejabilidade social.

A formulação dos itens do EVAT30, teve como critério a reprodução de situações laborais que requeressem a actuação individual de valores para com o trabalho, sendo solicitado ao sujeito que se pronuncie e avalie em que medida se parece com os empregados retratados nas várias situações, razões por que os autores consideram que este instrumento tem um carácter projectivo.

Na redacção dos itens, os autores procuraram ainda abranger ambos os géneros (masculino e feminino), por forma a facilitar o processo de identificação com o empregado descrito.

Embora inicialmente Arciniega e González (2000) classifiquem os itens de acordo com uma escala do tipo likert de 5 pontos (de 1 a 5) para reduzirem o esforço cognitivo envolvido nas respostas, por uma questão de uniformidade com a escala de valores adoptada no IVS (Schwartz, 1992), os autores consentiram na adopção de um

sistema de classificação de 7 pontos (de 1 a 7), mantendo o escalonamento do tipo likert, para que assim se possa continuar a considerar como uma escala contínua passível de um tratamento estatístico paramétrico.

6.2.1.1.3. Validação do EVAT30

A tabela seguinte apresenta a estatística descritiva dos 30 itens que integram o EVAT30.

Tabela 25 - Estatística descritiva dos itens do EVAT30 (adaptado de Arciniega e González, 2000)

Item	Média	Desvio Padrão	Assimetria	Curtosis	Tipologia Hipotetizada
1	3.85	1.06	-1.021	0.661	AUTODIRECÇÃO
11	2.11	1.02	0.890	0.576	
21	2.09	1.06	0.993	0.533	
9	1.91	1.01	1.207	1.211	ESTIMULAÇÃO
19	2.29	1.00	0.611	0.034	
29	2.11	1.02	1.003	0.909	
4	3.36	1.29	-0.264	-1.084	PODER
14	3.77	1.20	-0.850	-0.153	
24	3.34	1.27	-0.436	-0.862	
6	2.59	1.27	0.437	-0.872	SUCESSO
16	2.34	1.14	0.589	-0.444	
26	2.11	1.05	1.066	0.851	
5	1.90	1.05	1.510	2.080	BENEVOLÊNCIA
15	1.87	1.05	1.505	1.961	
25	2.05	1.10	0.122	1.059	
3	2.25	0.97	0.715	0.364	UNIVERSALISMO
13	2.12	0.99	0.933	0.739	
23	2.19	1.10	0.866	0.292	
10	2.92	1.11	0.181	-0.724	CONFORMIDADE
20	2.47	1.04	0.526	-0.159	
30	1.80	1.10	0.167	2.332	
2	2.75	1.21	0.163	-0.833	SEGURANÇA
12	2.12	1.09	1.070	0.745	
22	2.00	1.04	0.120	1.218	
7	4.01	1.13	-1.119	0.938	TRADIÇÃO
17	2.48	1.14	0.302	-0.785	
27	3.67	1.21	-0.871	-0.141	
8	2.51	1.33	0.479	-0.949	HEDONISMO
18	1.82	0.99	0.136	1.712	
28	2.23	1.04	0.659	-0.028	

Na análise estatística (descritiva e indutiva) do EVAT30, depois de caracterizadas as distribuições de cada item conforme se pode observar na tabela

anterior - em que o facto de 22 dos itens exibirem distribuições assimétricas é fundamentado pelos autores pela deseabilidade social subjacente aos instrumentos que medem valores -, procurou validar-se a estrutura do modelo, pela comparação do significado de cada um dos itens nas duas sub-amostras através da técnica de escalonamento multidimensional - utilizando o método de distâncias euclidianas e o algoritmo Ascal para o cálculo de distâncias entre variáveis -, para perceber se as dimensões hipotetizadas emergiam na configuração bidimensional resultante, pela identificação dos itens com uma configuração semelhante, aceitando-se aqueles que estavam em concordância com a configuração observada.

Os resultados do escalonamento multidimensional realizado, serviram ainda de base à hipótese de uma estrutura factorial do EVAT30, que foi validada por uma análise factorial confirmatória, em que o grau de ajuste entre os dados e o modelo hipotetizado foi observado através do índice X^2 - conhecido pela sensibilidade aos efeitos da linearidade e multinormalidade -, do índice CFI - considerado como o mais eficaz para o estudo de amostras pequenas -, e dos índices gerados pelo LISREL, nomeadamente o índice de bondade de ajuste GFI.

Tabela 26 - Modelo alternativo ao EVAT30 (adaptado de Arciniega e González, 2000)

Subescala	Item	Ω se item eliminado	Ω da subescala
ABERTURA À MUDANÇA	11	0.606	0.681
	19	0.640	
	21	0.615	
	29	0.596	
CONSERVADORISMO	2	0.694	0.705
	7	0.507	
	10	0.685	
	27	0.630	
AUTOPROMOÇÃO	4	0.704	0.746
	6	0.706	
	14	0.684	
	24	0.651	
AUTOTRASCENDÊNCIA	5	0.768	0.826
	15	0.776	
	23	0.798	
	25	0.780	

Considerando a estrutura hipotetizada e a obtenção de 30 interacções para um nível de s-stress de 0.005, os autores optaram por analisar apenas os níveis de ajuste para as configurações com 2 dimensões.

Uma vez que se confirma o modelo que hipotetiza uma estrutura de 4 factores oblíquos, a que correspondem os quatro valores de ordem superior - análise que é ainda corroborada pelo estudo das covariâncias entre cada uma destas dimensões -, são investigados modelos alternativos experimentando mudar aqueles itens com maior estabilidade nos escalonamentos multidimensionais, podendo observar-se na tabela anterior aquele modelo com melhores níveis de ajuste, em que apenas o valor “abertura à mudança” exhibe um valor inferior a 0.70.

Em função dos resultados obtidos, os autores procederam ao estudo das propriedades psicométricas do EVAT30, em que a fiabilidade do teste foi calculada pelo algoritmo desenvolvido por Allen (1974) para a determinação do coeficiente Ω de Heise e Bohrnstedt (cit. por Arciniega & González, 2000), em detrimento do alfa de Cronbach que não é tão adequado para modelos de equações estruturais (Kenny, cit. por Arciniega & González, 2000).

6.2.1.1.4. Operacionalização do EVAT30

Os dez tipos motivacionais medidos pelo EVAT-30, são apresentados na figura seguinte, bem como o número dos itens que avaliam cada um dos valores.

Para efeitos estatísticos, o EVAT-30 constitui uma variável ordinal de escala que avalia numericamente as diferentes modalidades numa escala de “likert” graduada de 1 a 7. Estas modalidades correspondem aos dez tipos de valor ou tipos motivacionais teorizados por Schwartz (1992), que são medidos de um modo indirecto e simples, em que a pessoa inquirida se avalia pelo grau de semelhança com outra, não havendo qualquer esforço de transformar as suas avaliações em números. A escala EVAT30 é operacionalizada em 30 itens com um formato de resposta do tipo Likert de 7 pontos, discriminados por indicações verbais, tendo sido traduzida para a língua portuguesa por um nativo espanhol a residir em Portugal há mais de cinco anos.

Figura 14 – Factores e itens da Escala de Valores para o Trabalho (EVAT30)

ESCALA DE VALORES PARA O TRABALHO (EVAT-30)	
Tipos motivacionais do EVAT-30	Itens que medem cada valor
SEGURANÇA	2, 12, 22
PODER	4, 14, 24
SUCESSO	6,16, 26
HEDONISMO	8, 18, 28
ESTIMULAÇÃO	9, 19, 29
AUTODIRECÇÃO	1, 11, 21
UNIVERSALISMO	3,13, 23
BENEVOLÊNCIA	5, 15, 25
CONFORMISMO	10, 20, 30
TRADIÇÃO	7, 17, 27

6.2.2. Inventário de Burnout de Maslach (MBI).

Aborda-se de seguida a construção do MBI, bem como a sua caracterização, validação e operacionalização factorial.

6.2.2.1. Construção do MBI

A falta de modelos teóricos consensuais acerca do designado stress laboral assistencial, levou a que os itens do MBI fossem originalmente concebidos para medir alguns aspectos hipotéticos do stress laboral, pelo que a entrevista e os dados dos questionários aplicados representaram os primeiros estudos acerca das atitudes e sentimentos que caracterizam aqueles profissionais tidos como queimados pelo seu trabalho (Maslach & Jackson, 1981).

6.2.2.1.1. Caracterização do MBI

Para medir o burnout, considerado como um constructo multidimensional, utilizou-se o Inventário de Burnout de Maslach (MBI-HSS) desenvolvido por Maslach e Jackson (1986), que consideram o síndrome de burnout como uma variável contínua experimentada em diferentes graus.

Este inventário tem 22 questões às quais o indivíduo deve responder de acordo com uma escala de likert de 1 a 5, indicando com que frequência experimenta o conteúdo de cada um dos itens acerca dos sentimentos e atitudes do profissional referentes ao seu trabalho e aos clientes.

Uma vez que não existia à venda em Portugal a versão do MBI pretendida já validada e oficialmente aferida para a população portuguesa, o MBI-HSS foi adquirido na versão inglesa à Optimising People's Potential, Limited (OPP), e na versão espanhola à Cegoc, que foram depois traduzidas por nativos de cada uma das línguas, a residirem em Portugal à mais de cinco anos, para a língua portuguesa.

Estas duas traduções do MBI-HSS para a língua portuguesa, foram posteriormente integradas pelo investigador numa única versão.

A teoria subjacente à construção dos MBI, preconiza a organização deste constructo nos três factores já abordados teoricamente (exaustão emocional, realização pessoal e despersonalização).

Contudo, é de referir que dada a especificidade da natureza do trabalho desenvolvido pelos profissionais de saúde e por aqueles ligados ao ensino, foram desenvolvidas duas versões do MBI mais adaptadas a estas profissões, e uma terceira versão reduzida do MBI clássico:

1. O Maslach Burnout Inventory - Human Services Survey (MBI-HSS), baseado na versão clássica do MBI e na sua organização em três factores, mas vocacionado para os profissionais de saúde;

2. O Maslach Burnout Inventory – Educators Survey (MBI-ES), orientado para os profissionais que desempenham funções educativas, em que o termo paciente é substituído pela palavra aluno;

3. O Maslach Burnout Inventory – General Survey, a ser aplicado a todos os profissionais de um modo geral, sobretudo aqueles que não desempenham funções na área da saúde ou do ensino, sendo constituído apenas por 16 questões.

6.2.2.1.2. Validação do MBI

O Inventário de Burnout de Maslach (MBI) foi desenvolvido ao longo de 8 anos a partir de 47 itens, que eram avaliados em termos de intensidade e frequência de sentimentos, tendo sido aplicado a uma amostra de 605 indivíduos a exercerem a sua actividade laboral na área dos serviços humanos (Maslach & Jackson, 1986).

Posteriormente, os autores decidiram-se por uma avaliação somente em termos de frequência dos sentimentos experimentados, uma vez que a relação entre as pontuações observadas quanto à frequência e intensidade dos 22 itens, exibiu um índice elevado.

Os autores, através da análise das respostas obtidas procederam à selecção dos itens cuja estatística descritiva obedecia aos critérios de uma ampla variedade de respostas e uma frequência mínima na opção “Nunca”, e interpretação indutiva exibiu uma correlação elevada do item com a sua dimensão – em que cada item devia apresentar uma saturação factorial superior a 0.40 em um só factor -, de que resultou a eleição de apenas 25 itens.

Uma vez que os resultados da aplicação desta segunda versão do MBI com 25 elementos a uma amostra de 420 indivíduos, eram tão idênticos com os encontrados anteriormente, os autores optaram por unir as duas amostras, para procederem então a uma nova análise factorial sobre o total de 1025 sujeitos, de que resultaram quatro factores principais, três com valores próprios superiores à unidade - que configuram as três escalas actuais do MBI.

A distribuição amostral abrangeu profissões que envolvessem um contacto directo com o outro, tão distintas como assistentes sociais (159), polícias (142), enfermeiros (132), administradores (125), professores (116), conselheiros (97), funcionários do sector da saúde (63), médicos (43), psicólogos e psiquiatras (40), advogados (31) e ainda 77 indivíduos de outras profissões com menor relevância para o total da amostra constituída.

Da análise estatística realizada sobre a amostra original resultou que, o “cansaço emocional” definido por 9 itens é a escala mais bem definida e com maiores correlações (em que se destaca uma saturação de 0.84 para a questão 8), surgindo depois a escala de “despersonalização” configurada por 5 itens e apresentando alguma covariância com o primeiro factor.

Apesar destes dois factores serem ortogonais e teoricamente não relacionados entre si pela análise factorial realizada, são de referir algumas pequenas saturações positivas entre os dois, razão por que os autores depreendem que existe uma relação significativa (0.52) entre estas duas dimensões ou escalas do burnout (também designado por stress laboral assistencial).

A escala a que respeita a “realização pessoal” integra 8 itens e apresenta relações muito pouco significativas com as duas anteriores, -0.22 para o cansaço emocional e -0.26 para a despersonalização).

6.2.2.1.2.1. Adaptação do MBI para Espanha

A partir da versão original referida anteriormente, as edições TEA optaram por seguir os trâmites das autoras no que se refere aos contínuos de medida representados pela frequência e pela intensidade de sentimentos, numa primeira amostra experimental constituída por 156 profissionais de medicina a trabalharem em hospitais, tendo chegado às mesmas conclusões e tomado a decisão de integrar também apenas a medida de frequência, pois que as correlações entre a frequência e a intensidade dos sentimentos foi de 0.91 para o cansaço emocional, 0.87 para a despersonalização e 0.83 para a realização pessoal.

Tabela 27 - Estatística descritiva do MBI em Espanha (adaptado de TEA Edições, 1997)

MBI		Escala de Likert												HOMENS(H)		MULHERES(M)		“t”		
		0		1		2		3		4		5							6	
		H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M						H	M
Cansaço Emocional CE	1	18	13	27	28	16	21	20	20	6	7	8	9	5	3	2.14	1.72	2.21	1.60	-0.57
	2	11	2	17	10	9	9	20	22	14	15	16	18	14	25	3.11	1.94	3.91	1.70	-5.99
	3	27	15	28	30	12	15	13	14	6	8	8	12	6	6	1.93	1.85	2.28	1.83	-2.57
	6	17	14	16	14	8	9	15	14	8	11	8	11	28	27	3.20	2.27	3.35	2.19	-0.91
	8	25	21	19	26	13	16	15	18	7	4	11	6	10	9	2.32	2.03	2.13	1.84	1.34
	13	33	36	21	24	8	12	13	12	7	7	8	5	10	3	2.04	2.06	1.59	1.73	3.24
	14	23	19	13	13	12	12	14	20	9	7	12	10	16	19	2.73	2.17	2.90	2.12	-1.07
	16	28	30	24	18	13	12	14	21	6	5	8	9	8	6	2.00	1.92	2.02	1.87	-0.14
20	69	69	14	14	7	7	4	4	2	2	2	3	2	1	0.70	1.34	0.65	1.24	0.53	
Despersonalização DP	5	54	64	22	18	6	7	9	6	3	2	3	1	3	3	1.07	1.58	0.76	1.36	2.28
	10	46	56	16	21	8	3	9	9	6	4	7	3	9	3	1.69	2.06	1.06	1.62	4.68
	11	39	49	13	20	12	6	10	11	5	3	8	5	13	7	2.06	2.19	1.40	1.87	4.43
	15	52	58	14	12	4	6	7	8	4	2	8	5	11	10	1.68	2.21	1.37	2.04	1.98
	22	26	46	32	22	13	11	11	11	6	3	6	3	7	3	1.84	1.83	1.24	1.58	4.80
Realização Pessoal RP	4	4	2	3	3	2	3	13	8	7	7	19	22	52	55	4.81	1.65	5.03	1.46	-1.93
	7	3	1	3	3	2	4	12	22	11	11	22	22	46	37	4.78	1.54	4.55	1.49	2.06
	9	8	5	5	5	4	6	13	17	8	10	20	14	42	43	4.36	1.93	4.36	1.85	0.00
	12	3	0	2	1	5	3	8	15	13	12	25	26	43	42	4.74	1.55	4.83	1.30	-0.86
	17	3	2	3	1	5	6	11	14	11	13	26	29	41	36	4.69	1.56	4.67	1.42	0.18
	18	4	2	5	3	5	6	12	19	12	8	27	27	36	34	4.44	1.71	4.45	1.58	-0.08
	19	3	3	8	7	9	6	16	19	11	9	21	22	33	33	4.20	1.76	4.21	1.77	-0.08
	21	4	4	6	6	5	8	16	18	14	11	17	20	38	33	4.33	1.76	4.22	1.76	0.84

O MBI foi ainda aplicado posteriormente a uma amostra de 754 indivíduos (436 homens e 318 mulheres).

Sobre esta amostra foi realizada uma análise estatística prévia, quer no que respeita ao índice de atracção discriminado em termos percentuais de cada uma das alternativas de resposta (0 a 6), quer no que se refere à descrição do inventário pelo cálculo da média e desvio padrão de cada um dos seus itens, quer no que concerne ainda à determinação da variância total de cada uma das escalas e à aplicação do teste *t* de *student* para a compreensão das diferenças das médias encontradas para ambos os sexos, conforme se pode observar na tabela anterior.

Tabela 28 - Estatística indutiva do MBI (adaptado de TEA Edições, 1997)

		Original				Médicos				Total				Homens				Mulheres			
		CE	DP	RP	H2	DP	RP	H2		CE	DP	RP	H2	CE	DP	RP	H2	CE	DP	RP	H2
						CE															
Cansaço Emocional	CE																				
	1	74			55	81			69	76			65	73			66	77			63
	2	73			54	83			73	77			56	81			62	67			46
	3	66			49	50			33	66			46	62			47	65			42
	6	61			43	63			42	59			34	62			37	57			33
	8	84			75	71			59	68			67	59			67	77			65
	13	65			49	66			53	58			62	51			64	67			59
	14	56			32	78			67	62			40	67			44	56	27		37
	16	54	31		39	48			25	65			45	67			48	66			44
	20	65			47	32	33		23	43			36	30	34		39	55			35
Despersonalização	DP																				
	5		67		47	30	52		36		53		37		45		32		49		33
	10		66		51	33	63		51		76		61		68		52		81		67
	11	37	55		45	44	37		33		57		42	29	51		43		58		44
	15		62		42		64		42		53		29		54		32		67		42
	22		41		19		48	34	37		52		29		55		32		29		14
Realização Pessoal	RP																				
	4			50	27	32	-42	48	52			48	32			45	25	32		51	39
	7			54	30			61	38			70	44			70	47			70	53
	9			58	37			69	48			69	45			65	39			70	51
	12	-30		43	28			64	49			59	38			63	44			54	29
	17			51	27			63	41			61	39			58	36			63	43
	18			55	36	-27		58	42			55	44			53	48			58	43
	19			57	36			48	26			54	30			48	28			60	39
	21			59	36			55	32			49	29			54	31			47	30
Variância																					
Total %		20	10	11	41	21	9	14	44	18	13	9	41	18	13	10	41	19	14	9	42
		CE	DP	RP		CE	DP	RP		CE	DP	RP		CE	DP	RP		CE	DP	RP	
		*	52	-22		*	31	-5		*	24	-14		*	26	-16		*	18	-11	
			*	-26			*	-14			*	-29			*	-28			*	-25	
				*				*				*				*				*	

Da análise factorial ortogonal realizada, extraíram-se os três factores a que correspondem as escalas preconizadas pelas autoras, podendo observar-se que os dois primeiros itens são aqueles que apresentam uma maior saturação factorial, que o “cansaço emocional” e a “despersonalização” apresentam uma correlação de 0.31, e que depois de eliminadas as saturações inferiores a 0.25.

De entre todos os outros instrumentos concebidos para medir o burnout, o MBI é aquele que tem demonstrado uma maior validade e fiabilidade, mais concretamente entre 0,75 e 0,90, de acordo com Ruiz e Rios (2004), qualidades psicométricas que têm sido continuamente estudadas por vários autores (Maslach & Jackson, 1986; Maslach & Leiter, 1988; Maslach, 1993; Garcés & cols., 1995; Maslach & Leiter, 1997; Maslach & Golberg, 1998; Gil-Monte & Peiró, 1998 / 2000; Maslach, Schaufeli & Leiter, 2001; Moreno & cols., 2001; Gil-Monte, 2002).

6.2.2.1.3. Operacionalização do MBI

È uma variável ordinal estruturada na forma de uma escala de frequência de sentimentos, em que as diferentes modalidades são avaliadas gradativamente por uma escala numérica de 7 pontos, do tipo “likert”, que vai do (0) ao (6).

Os resultados obtidos da aplicação do MBI-HSS são também avaliados em função dos 3 factores que o integram, nomeadamente o “cansaço emocional”, a “despersonalização” e a “realização pessoal”, conforme é apresentado no quadro seguinte.

Figura 15 – Inventário de Burnout de Maslach

INVENTÁRIO DE BURNOUT DE MASLACH DE SERVIÇOS HUMANOS MBI-HSS	
Factores avaliados pelo MBI-HSS	Items que medem cada valor
CANSAÇO EMOCIONAL (CE)	1, 2,3,6,8,13,14,16,20
DESPERSONALIZAÇÃO (DP)	5,10,11,15,22,
REALIZAÇÃO PESSOAL (RP)	4,7,9,12,17,18,19,21

6.3. Procedimentos

A investigação desenvolvida constitui um estudo empírico transversal realizado ao longo dos 3 primeiros meses do ano de 2007, em Unidades de Prestação de Cuidados de Saúde Primários (Centros de Saúde) e Unidades de Prestação de Cuidados de

Serviços Diferenciados (Hospitais) das regiões norte e centro de Portugal, período em que se distribuíram 2000 questionários aos profissionais de enfermagem que exerciam as suas funções nestas instituições.

6.3.1. Aplicação dos questionários

Dos 2000 questionários aplicados, 18 foram devolvidos em branco, 517 desapareceram ou não foram devolvidos no tempo solicitado, 226 não tinham os dados pessoais devidamente preenchidos - particularmente os campos correspondentes ao sexo, ao estado civil e à idade -, 11 tinham os dados profissionais incompletos pela ausência da categoria profissional, e 128 tinham o MBI ou o EVAT30 incompletos (87 o MBI e 41 o EVAT30).

A divulgação deste estudo ocorreu em dois momentos distintos:

- (1) Contacto telefónico com os/as Enfermeiros(as) Directores com a intenção de compreender a receptividade e os trâmites formais necessários para a sua consecução;
- (2) Marcação de uma entrevista com os Enfermeiros Directores, quer para a apresentação genérica do estudo e dos instrumentos a aplicar, quer para a entrega de um ofício a solicitar autorização para aplicação dos questionários e a explicar os objectivos globais da investigação.

Depois de concedidas as autorizações necessárias, os questionários foram distribuídos directamente aos profissionais de enfermagem dos diferentes serviços e instituições, procurando-se encontrar sempre alguém para ficar como responsável pela sua recolha no prazo de 15 dias.

Uma vez que as pessoas que assumiram a responsabilidade de mobilizar os seus colegas de profissão para o preenchimento dos questionários, disponibilizaram quase sempre o seu contacto telefónico, a posterior deslocação aos diferentes Hospitais e Centros de Saúde era sempre precedida por uma confirmação telefónica. Muitos destes

profissionais voluntariaram-se mesmo para enviar por correio os questionários depois de preenchidos.

6.3.2. Recolha e tratamento dos dados

À medida que os questionários iam sendo recolhidos das diferentes instituições hospitalares e centros de saúde, ia-se procedendo a uma triagem prévia dos questionários por forma a afastar todos aqueles que não se encontravam completamente preenchidos, antes de se proceder ao carregamento de cada um destes questionários para uma base de dados criada para o efeito no SPSS.

No que se refere ao tratamento estatístico, todos os métodos e tabelas usadas para as análises necessárias, são previamente explicadas da primeira vez que são utilizadas, tendo-se considerado importantes as seguintes estatísticas:

- 1) Dados pessoais e profissionais. Os dados pessoais e profissionais analisam-se através de estatísticas descritivas univariadas – para a compreensão do modo como se distribuem os valores nas diferentes variáveis investigadas -, e bivariadas, para a identificação e caracterização de possíveis relações;
- 2) Validação dos instrumentos. A validação do Inventário de Burnout de Maslach (MBI) e da Escala de Valores para o Trabalho (EVAT30), realizou-se através da análise de *multidimensional scaling*, análise factorial, definição dos factores de cada um destes instrumentos e comparação com os factores preconizados teoricamente, cálculo de fiabilidade não só dos instrumentos já referidos mas também de cada um dos seus factores e, cálculo do índice por cada um dos factores do MBI e do EVAT já validados;
- 3) Verificação das hipóteses. As várias hipóteses formuladas são tratadas de acordo quer com a natureza das variáveis (qualitativa ou quantitativa), quer com a normalidade das distribuições, calculada através do teste Kolmogorov-Smirnov com a correcção de Lilliefors, para posterior análise através dos coeficientes de correlação de Pearson.

Para as distribuições não normais, uma vez que não se podiam utilizar testes paramétricos, procuraram-se outros testes não sensível a assimetrias de distribuição e não exige a normalidade da distribuição dos dados como o coeficiente de correlação de Spearman.

Por sua vez, o cruzamento de variáveis é realizado quer através do teste paramétrico *t de Student* ou, nos casos de não cumprimento do pressuposto da normalidade, pelo teste de Mann-Whitney, que é o teste não paramétrico equivalente que testa a igualdade das medianas em ambos os grupos, quer através da Anova, em que aquando da não verificação do pressuposto de homogeneidade de variâncias ou do pressuposto da normalidade, em vez do teste paramétrico Anova se aplica o teste não paramétrico equivalente, o teste de Kruskal-Wallis, por forma a testar a igualdade das medianas para todos os grupos.

Uma vez que a amostra recolhida tem alguns grupos com pequena dimensão, o teste paramétrico Anova exige ainda a compreensão da natureza da distribuição quanto à sua normalidade ou não, através de um teste à homogeneidade das variâncias, em que a igualdade de dispersão dos diferentes grupos é inferida pelo teste de Levene.

A confirmação ou negação das hipóteses é ainda suportada através da representação gráfica das diferenças significativas e não significativas dos valores médio encontrados.

- 4) Análise da relação entre a variável dependente MBI e as restantes variáveis, através do modelo de regressão linear.

Capítulo 7

ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

7.1. Análise univariada do EVAT30, MBI e Stressores

Em termos de estatística descritiva apresentam-se, para as variáveis de caracterização, as tabelas de frequências e gráficos ilustrativos das distribuições de valores verificadas e, para as variáveis quantitativas, também as tabelas de frequências e as estatísticas relevantes. Por cada uma das dimensões das escalas de medida (MBI e EVAT30), podem ainda observar-se alguns dados tidos como relevantes, tais como: os valores médios obtidos para cada dimensão ou factor; os valores do desvio padrão associados a cada dimensão que representam a dispersão absoluta de valores da dimensão; o coeficiente de variação, que ilustra a dispersão relativa de valores do factor, sendo que quanto maior o coeficiente encontrado maior é a dispersão; os valores mínimos e máximos observados, e os gráficos ilustrativos dos valores médios das várias dimensões e da distribuição desses valores.

7.1.1. Dimensões da escala EVAT

Tabela 29 - Estatística dos factores do EVAT30

FACTORES DO EVAT30					
	Média	Desvio Padrão	Coef. Variação	Mínimo	Máximo
Autotranscendencia	5.25	0.94	18%	2.00	7.00
Abertura à Mudança	4.74	1.00	21%	1.40	7.00
Autopromoção	2.36	0.99	42%	1.00	6.75
Conservadorismo	3.70	0.75	20%	1.57	5.86

Os valores indicados reportam-se à escala de medida: 1- Nada; 2- Muito pouco; 3- Pouco; 4- Aceitável; 5- Razoavelmente; 6- Muito; 7- Totalmente

Na tabela anterior pode verificar-se que o factor ou valor de ordem superior a que se refere a autotranscendência apresenta o valor médio mais elevado (5.25) – que oscila entre um valor mínimo de 2 e um máximo de 7 -, com um desvio padrão de 0.94 e um coeficiente de variação de 18.5%. Já o factor abertura à mudança evidencia um valor médio de 4.74, com um mínimo de 1.40 e um máximo também de 7, a que corresponde um desvio padrão de 1 e um coeficiente de variação de 21%. O factor autopromoção, com um valor médio de 2.36 e um desvio padrão de 0.99 para um mínimo de 1 e um máximo de 6.75, é aquele que exhibe um maior coeficiente de variação. Por fim, o factor designado por conservadorismo, tem um valor médio de 3.70 para um desvio padrão de

apenas 0.75, limitados por um mínimo de 1.57 e um máximo de 5.86, e um coeficiente de variação de 20%.

A representação gráfica dos valores médios de cada um dos quatro factores do EVAT30 patente nos diagramas do tipo caixa dos gráficos seguintes, permite observar as diferenças entre os valores médios de cada dimensão e a respectiva distribuição de valores, sendo de salientar que a autotranscendência é o factor com valores médios mais elevados, enquanto que autopromoção constitui o factor com os valores médios mais reduzidos.

Gráfico 31 - Dimensões do EVAT 30

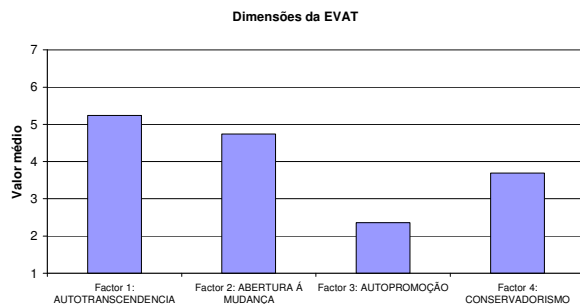
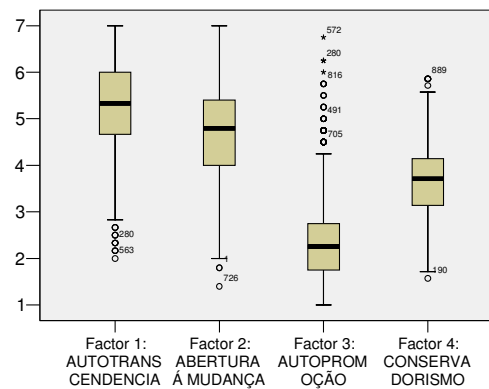


Gráfico 32 - Caixa de bigodes do EVAT30



São ainda de referir os *outliers* existentes nos quatro factores, em que a autotranscendência surge com 5 *outliers* moderados à esquerda, a abertura à mudança com 2 *outliers* moderados à esquerda, a autopromoção com 6 *outliers* moderados e 3 severos todos à direita, e o conservadorismo com 3 *outliers* moderados, dois à direita e um à esquerda.

7.1.2. Dimensões do MBI

Tabela 30 - Estatística dos factores do MBI

FACTORES DO MBI	Média	Desvio Padrão	Coef. Variação	Mínimo	Máximo
Esgotamento ou cansaço emocional	2.03	1.04	51%	0.00	5.75
Realização Pessoal	4.59	0.94	21%	0.63	6.00
Despersonalização	1.26	0.98	78%	0.00	5.33

Os valores indicados reportam-se à escala de medida: 0- Nunca; 1- Algumas vezes por ano; 2- Uma vez por mês; 3- Algumas vezes por mês; 4- Uma vez por semana; 5- Algumas vezes por semana; 6- Todos os dias

Relativamente ao MBI, constata-se que o factor cansaço emocional tem um valor médio de 2.03, a que corresponde um mínimo de 0 e um máximo de 5.75, exibindo ainda o maior desvio padrão (1.04) e o segundo maior coeficiente de variação (51%). A realização pessoal é o factor com um maior valor médio (4.59), limitado com um mínimo de 0.63 e um máximo de 6, que tem um desvio padrão de 0.94 e um coeficiente de variação de 21%. Quanto à despersonalização, que tem um valor médio de 1.26 e um desvio padrão de 0.98, verifica-se que constitui o factor com o maior coeficiente de variação (78%), tendo como limites os valores mínimo de 0 e máximo de 5.33.

De seguida, ilustram-se os valores médios obtidos para as várias dimensões da escala MBI e os respectivos diagramas tipo caixa, onde se podem observar quer as diferenças entre os valores médios de cada factor ou dimensão, quer a respectiva distribuição de valores. A realização pessoal é o factor que tem os valores médios mais elevados, seguido depois pelo cansaço emocional e pela despersonalização, respectivamente.

Gráfico 33 - Dimensões do MBI

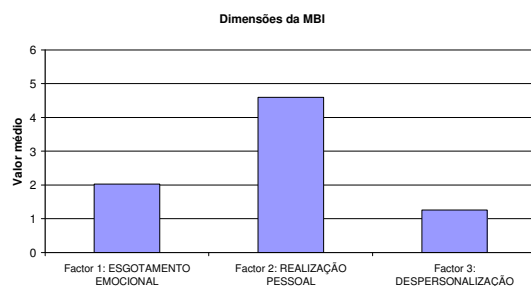
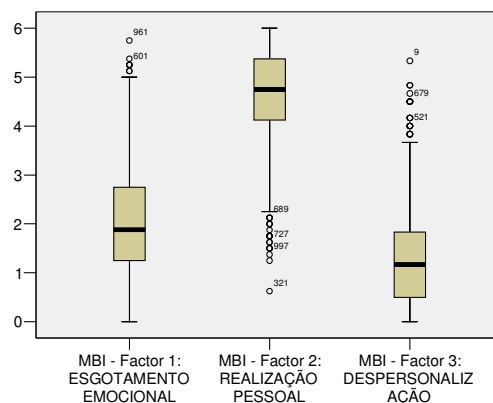


Gráfico 34 - Caixa de bigodes do MBI



De salientar o facto dos três factores registarem *outliers* moderados, pois que se observa que o esgotamento ou cansaço emocional apresenta 4 *outliers* à direita, a realização pessoal 9 à esquerda e a despersonalização 7 *outliers* à direita.

7.1.3. Stressores

Os valores dos stressores que constam na tabela seguinte, reportam-se a uma escala de medida em que era solicitado a cada um dos profissionais de enfermagem que hierarquizassem cada um dos doze stressores indicados, em que o número 1 correspondia ao stressor que consideravam mais importante, e assim sucessivamente até ao número 12 que devia ser atribuído aquele stressor que tinham como menos importante.

É importante salientar o facto de que por vezes, os indivíduos inquiridos classificavam os stressores na forma de uma escala de likert entre 1 e 12, ao invés de os hierarquizarem tal como se havia pedido, o que talvez tenha a ver com o facto de anteriormente terem respondido a dois instrumentos de acordo com uma escala de likert, o EVAT30 e o MBI.

Tabela 31 - Frequência absoluta de cada um dos stressores

	STRESSORES											
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Relação com as chefias	63	53	81	67	69	92	83	64	113	122	130	161
Sobrecarga laboral	193	171	131	109	96	98	65	71	47	56	30	33
Lidar com a doença e a morte	135	106	122	93	70	97	90	88	70	101	65	63
Salário recebido	103	97	95	87	86	99	86	80	98	90	75	104
Relação com os colegas de profissão	95	83	78	50	54	89	72	97	67	113	151	151
Falta de formação	69	83	71	70	107	113	104	93	112	95	86	97
Relação com o corpo médico	48	69	78	73	76	108	120	106	106	120	101	95
Taxa de doentes por enfermeiro	119	143	140	119	123	103	94	65	59	57	43	35
Apoio ao nível organizacional	53	88	114	92	94	101	114	100	112	92	72	68
Políticas de saúde para a enfermagem	220	162	111	116	84	89	77	49	42	56	50	44
Relação com os doentes	133	99	70	97	84	78	73	74	77	102	85	128
Pouco tempo para as tarefas	142	157	148	149	111	103	52	64	48	38	44	44

No que respeita à tabela que se observa a seguir, uma vez que classificação de 1 corresponde ao stressor tido como mais importante, quanto menor o valor médio de cada stressor, mais importante é considerado o item, sendo deste modo que devem também ser interpretados os respectivos diagramas do tipo caixa, onde se podem observar as diferenças entre os valores médios de cada dimensão e a distribuição de valores.

Tabela 32 - Estatística dos stressores

	Média	Desvio Padrão	Coef. Variação	Mínimo	Máximo
Relação com as chefias	7.53	3.48	46%	1	12
Sobrecarga laboral	4.69	3.16	67%	1	12
Lidar com a doença e a morte	5.87	3.46	59%	1	12
Salário recebido	6.41	3.51	55%	1	12
Relação com os colegas de profissão	7.26	3.69	51%	1	12
Falta de formação	6.80	3.31	49%	1	12
Relação com o corpo médico	7.12	3.21	45%	1	12
Taxa de doentes por enfermeiro	5.19	3.10	60%	1	12
Apoio ao nível organizacional	6.50	3.19	49%	1	12
Políticas de saúde para a enfermagem	4.77	3.35	70%	1	12
Relação com os doentes	6.46	3.72	58%	1	12
Pouco tempo para as tarefas	4.88	3.13	64%	1	12

Os valores indicados reportam-se à escala de medida: 1- Mais importante; ...; 12- Menos importante

O gráfico 35 apresenta a visualização de cada um dos stressores em termos da sua intensidade tal como foi solicitado a cada um dos inquiridos, em que interessa relembrar que as barra com menor dimensão representa o stressor mais importante, e assim sucessivamente até ao menos importante a que corresponderá a maior barra do gráfico, pois que foi esta a forma como os dados foram recolhidos. Mais adiante, proceder-se-á à inversão desta representação.

Gráfico 35 - Hierarquização dos stressores (do menos para o mais importante)

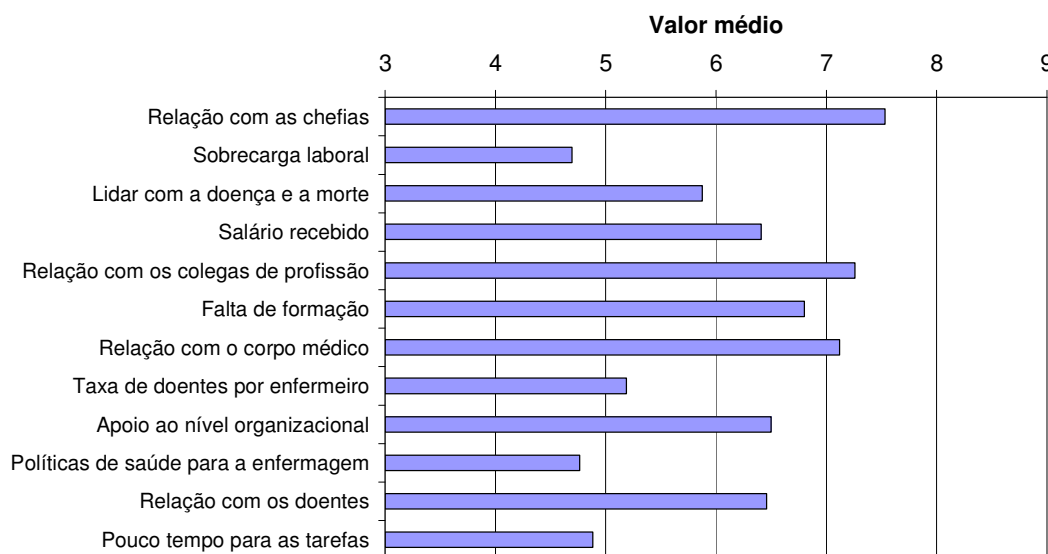
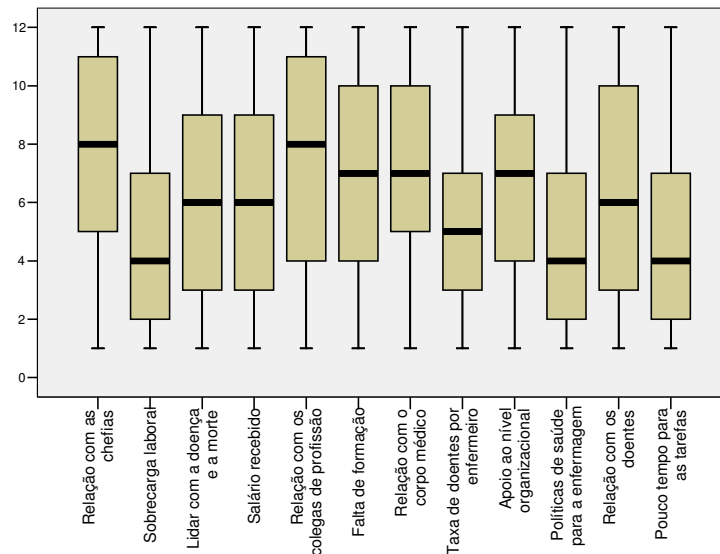


Gráfico 36 - Caixa de bigodes dos stressores



Por forma a se compreender melhor a hierarquia dos factores, o valor médio obtido por cada um dos stressores é subtraído ao seu máximo de 12, para assim se obter a hierarquização dos factores de uma forma mais compreensível. Assim, os três stressores mais importantes e com um valor médio acima dos 7, são a sobrecarga laboral (média 7.31, desvio padrão 3.16, coeficiente de variação 67%), as políticas de saúde (média 7.231, desvio padrão 3.35, coeficiente de variação 70%), o pouco tempo para as tarefas (média 7.12, desvio padrão 3.13, coeficiente de variação 64%). De entre os stressores menos importantes – em que todos têm a ver com aspectos relacionais –, aquele que se apresenta com uma menor média é a relação com as chefias (média 4.47, desvio padrão 3.48, coeficiente de variação 48%), seguido pela relação com os colegas de profissão (média 4.74, desvio padrão 3.69, coeficiente de variação 51%), e pela relação com o corpo médico (média 4.88, desvio padrão 3.21, coeficiente de variação 45%).

Por outro lado, atendendo-se aos valores médios absolutos e à respectiva hierarquização dos stressores, encontram-se quer os valores médios próximos de 6, em que se têm a taxa de doentes por enfermeiro (média 6.81, desvio padrão 3.10, coeficiente de variação 60%) e o lidar com a doença e com a morte (média 6.13, desvio

padrão 3.46, coeficiente de variação 59%), quer os valores médios próximos de 5, a que correspondem respectivamente os stressores respeitantes ao salário recebido (média 5.59, desvio padrão 3.51, coeficiente de variação 55%), à relação com os doentes (média 5.54, desvio padrão 3.72, coeficiente de variação 58%), ao apoio ao nível organizacional (média 5.5, desvio padrão 3.19, coeficiente de variação 49%), e à falta de formação (média 5.2, desvio padrão 3.31, coeficiente de variação 49%).

Tabela 33 - Estatística dos stressores já hierarquizados

	Média	Desvio Padrão	Coef. Variação	Mínimo	Máximo
Sobrecarga laboral	7.31	3.16	67%	1	12
Políticas de saúde para a enfermagem	7.23	3.35	70%	1	12
Pouco tempo para as tarefas	7.12	3.13	64%	1	12
Taxa de doentes por enfermeiro	6.81	3.10	60%	1	12
Lidar com a doença e a morte	6.13	3.46	59%	1	12
Salário recebido	5.59	3.51	55%	1	12
Relação com os doentes	5.54	3.72	58%	1	12
Apoio ao nível organizacional	5.5	3.19	49%	1	12
Falta de formação	5.2	3.31	49%	1	12
Relação com o corpo médico	4.88	3.21	45%	1	12
Relação com os colegas de profissão	4.74	3.69	51%	1	12
Relação com as chefias	4.47	3.48	46%	1	12

Os valores indicados reportam-se à escala de medida: 12- Mais importante ... 1- Menos importante

7.2. Validação dos instrumentos usados na investigação

Procede-se de seguida à validação da Escala de Valores para o Trabalho (EVAT30) e do Inventário de Burnout de Maslach (MBI).

7.2.1. Análise do EVAT30

Para a análise do EVAT30, realizou-se uma *multidimensional scaling (ascl)*, uma análise factorial de componentes principais para dez factores com um *scree plot* dos factores extraídos, uma rotação dos componentes através do método *promax*, e uma posterior análise factorial de componentes principais - primeiro para seis e depois para quatro factores com o respectivo cálculo prévio do valor da medida de adequação da amostra (MMA) e apresentação do *scree plot*.

7.2.1.1. Multidimensional Scaling (Alscal) para as 30 variáveis do EVAT30

Esta análise permite identificar as variáveis que mais se relacionam com as dimensões que a partir delas são criadas. Ou seja, dado um conjunto de itens, o objectivo do método “multidimensional scaling” consiste em determinar uma representação dos itens num espaço com poucas dimensões, usualmente bidimensional, solução que se encontra calculando as proximidades entre os itens, minimizando os quadrados dos desvios entre os itens originais e as distâncias euclidianas entre os itens num espaço bidimensional, sendo desta forma que se encontram as relações entre os itens, pela proximidade que eles apresentam quando agrupados em duas dimensões.

A tabela 34, apresenta então as relações entre os 30 itens do EVAT30 com base no grau de proximidade existente quando estes se agrupam apenas em duas dimensões.

Tabela 34 - Grau de proximidade entre os itens do EVAT30

		Dimension	
Stimulus	Stimulus	1	2
1	evat1	2.6139	-.2568
2	evat2	.3484	1.0363
3	evat3	-.7072	-.1189
4	evat4	2.1306	-.2603
5	evat5	-1.5382	-.0719
6	evat6	2.0542	-.1966
7	evat7	2.5115	.1017
8	evat8	.1748	1.0585
9	evat9	-.9811	-.3727
10	evat10	.4418	.3240
11	evat11	-.4325	-.3285
12	evat12	-.5184	.4120
13	evat13	-.8370	-.0505
14	evat14	2.7030	-.1521
15	evat15	-1.5675	-.0422
16	evat16	-.1656	-.4549
17	evat17	-.0032	.0640
18	evat18	-1.6084	-.1197
19	evat19	-.4024	-.1960
20	evat20	.0726	-.0961
21	evat21	-.7696	-.2217
22	evat22	-1.1986	.0618
23	evat23	-1.0463	-.0724
24	evat24	1.9821	-.1350
25	evat25	-1.1265	-.0306
26	evat26	-.7735	.0767
27	evat27	1.9042	.2035
28	evat28	-1.1998	.0313
29	evat29	-.4184	-.0983
30	evat30	-1.6432	-.0944

Gráfico 37 - Representação euclideana dos itens do EVAT30



7.2.1.2. Análise Factorial de Componentes Principais para dez factores (EVAT30)

Este método de análise factorial, tem por objectivo verificar se é possível agrupar as respostas que são interpretadas de forma idêntica para um conjunto de variáveis, os itens de cada escala que para cada enfermeiro determinam o seu posicionamento nesse conjunto de variáveis. Se assim for, os factores resultantes da análise estão associados a um conjunto de variáveis.

A análise factorial permite proceder à transformação das variáveis que integram cada escala estudada num menor número de factores: os componentes principais. Para definir qual o número de componentes a reter, é necessária uma análise preliminar, aplicando a análise factorial e interpretando os resultados obtidos.

Tabela 35 - Resultados da análise do teste KMO e Bartlett's para os dez factores do EVAT30

KMO and Bartlett's Test	
Kaiser-Meyer-Olkin Measure of Sampling Adequacy.	.891
Bartlett's Test of Sphericity Approx. Chi-Square	7274.019
df	435
Sig.	.000

A Medida de Adequação da Amostra (*MAA*) ou *Measure of Sampling Adequacy* de *KMO* (*Kaiser-Meyer-Olkin*) produz uma estatística, cuja interpretação é efectuada de acordo com a tabela seguinte, em que se indica também a qualidade dos dados em função do valor obtido. Neste caso, o valor *MAA*=0,891 permite concluir sobre a possibilidade de uma análise factorial aos dados com uma qualidade boa, próximo de muito boa.

Tabela 36 - Medida de adequação da amostra para os dez factores do EVAT30

KMO	<0,5	0,5-0,6	0,6-0,7	0,7-0,8	0,8-0,9	0,9-1,0
MAA	Inaceitável	Má	Razoável	Média	Boa	Muito boa

O *Teste da Esfericidade de Bartlett* coloca a hipótese nula de que as variáveis não estão correlacionadas entre si. Se tal suceder, não se pode aplicar esta técnica. Contudo, como o valor da significância do teste é inferior a 5% (sig= .000), a análise permite rejeitar a hipótese de não existir correlação entre as variáveis, pelo que se pode prosseguir com a análise.

Depois de confirmada a viabilidade da execução adequada da análise factorial, prossegue-se com a extracção dos factores a partir dos 30 itens constituídos como variáveis, através da análise da tabela que se apresenta de seguida, em que se pode ainda observar, para cada um dos factores (ou componentes) que pode ser retido a partir das 30 variáveis originais, qual o seu valor próprio (Eigenvalue) e qual a percentagem da variação total que ocorre nas 30 variáveis por ele explicada.

Tabela 37 - Explicação da variância total para os dez factores do EVAT30

Component	Initial Eigenvalues			Extraction Sums of Squared Loadings			Rotation
	Total	% of Variance	Cumulative %	Total	% of Variance	Cumulative %	Total
1	5.837	19.457	19.457	5.837	19.457	19.457	3.765
2	2.974	9.912	29.369	2.974	9.912	29.369	4.550
3	1.938	6.460	35.830	1.938	6.460	35.830	2.327
4	1.122	3.741	39.571	1.122	3.741	39.571	4.224
5	1.105	3.685	43.255	1.105	3.685	43.255	3.237
6	1.065	3.549	46.804	1.065	3.549	46.804	1.801
7	.974	3.248	50.052	.974	3.248	50.052	1.605
8	.954	3.179	53.231	.954	3.179	53.231	2.639
9	.908	3.028	56.259	.908	3.028	56.259	1.515
10	.880	2.933	59.192	.880	2.933	59.192	1.019
11	.867	2.888	62.080				
12	.812	2.706	64.786				
13	.800	2.666	67.452				
14	.730	2.435	69.887				
15	.715	2.385	72.272				
16	.677	2.256	74.527				
17	.656	2.186	76.713				
18	.648	2.159	78.872				
19	.614	2.048	80.920				
20	.598	1.992	82.912				
21	.586	1.953	84.865				
22	.578	1.926	86.792				
23	.558	1.859	88.650				
24	.538	1.794	90.444				
25	.532	1.773	92.217				
26	.502	1.673	93.890				
27	.488	1.627	95.517				
28	.466	1.553	97.070				
29	.447	1.490	98.560				
30	.432	1.440	100.000				

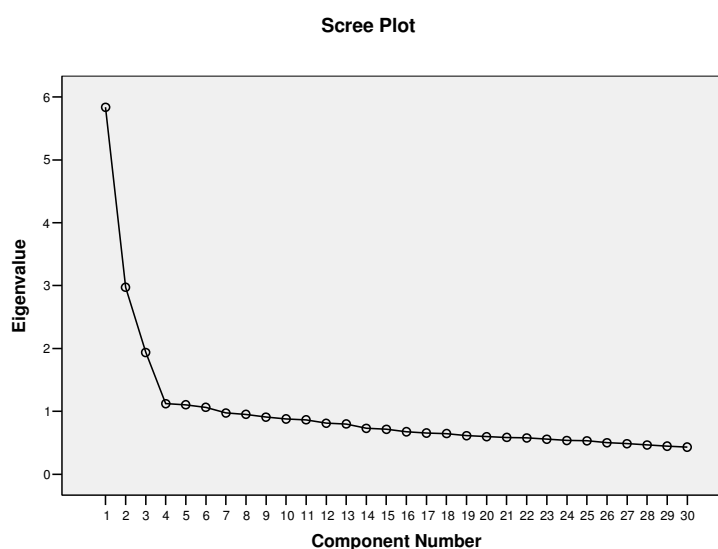
Extraction Method: Principal Component Analysis.

a When components are correlated, sums of squared loadings cannot be added to obtain a total variance.

Para definir o número de factores (ou componentes) a reter, um dos critérios usados consiste na escolha da retenção dos componentes com valores próprios superiores à unidade, pelo que na tabela apresentada (tabela 37) seriam retidos apenas os seis factores apresentados a cor verde (factor 1 com um valor próprio de 5.837 e uma variância de 19.457%; factor 2 com um valor próprio de 2.974 e uma variância de 9.912%; factor 3 com um valor próprio de 1.938 e uma variância de 6.460%; factor 4 com um valor próprio de 1.122 e uma variância de 3.741%; factor 5 com um valor próprio de 1.105 e uma variância de 3.685%; factor 6 com um valor próprio de 1.065 e uma variância de 3.549%), que explicam apenas 46,804% da variação total observada nas 30 variáveis originais.

Contudo, deve procurar reter-se um número de factores suficiente para explicar 60% da variação total observada nas 30 variáveis originais, o que está próximo de suceder quando são retidos mais os quatro factores que se apresentam a cor azul (factor 7 com um valor próprio de .974 e uma variância de 3.248%; factor 8 com um valor próprio de .954 e uma variância de 3.179%; factor 9 com um valor próprio de .908 e uma variância de 3.028% e o factor 10 com um valor próprio de .880 e uma variância de 2.933%), prefazendo assim 10 factores. Por esse motivo e devido ao enquadramento teórico por detrás da construção e validação estatística do EVAT30, começar-se-á por procurar trabalhar primeiro com os dez factores preconizados.

Gráfico 38 - Scree plot dos dez factores extraídos para o EVAT30



O *scree plot* que pode ser observado no gráfico 38, representa a variação dos valores próprios em função do número de factores retidos e sugere a retenção do 11.º factor, que não se justifica, uma vez que da análise dos 10 factores se verifica que os resultados obtidos não são compatíveis com o enquadramento teórico.

A rotação da matriz dos componentes através do método *Promax* que se apresenta na tabela a seguir, tem por objectivo extremar o valor dos coeficientes que relacionam cada variável com os factores retidos, de modo a que cada variável possa ser associada a apenas um factor. Quanto maior o valor do coeficiente, em termos absolutos, que relaciona uma variável com um componente, maior será a relação entre ambos. Na tabela 38 pode observar-se a matriz dos componentes após rotação, salientando-se com a cor vermelha os maiores valores encontrados em cada componente. Note-se que foram eliminados todos os valores inferiores a 0,100.

Tabela 38 - Matriz rodada pelo método Promax para os dez factores do EVAT30

	Componente									
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
9	.723	.339		.376	.151			-.332		.137
29	.700	.345		.130					.122	
11	.648	.268		.232	.331			-.138	.136	
19	.637	.364		.360	.321			-.432		-.113
21	.618	.454		.316	.213	-.115	-.136	-.371	.191	
18	.532	.424	-.198	.448	.316		-.192	-.263		
26	.262	.726		.202	.239			-.184	.104	
28	.359	.679		.407	.239		-.118	-.112		.129
22	.324	.647	-.130	.471	.394		.139	-.325	.187	
30	.379	.636		.561	.454	-.299		-.457	.149	
23	.335	.590	-.201	.500	.268	-.254	-.161	-.182	.270	
15	.288	.538		.531	.504	-.345	-.143	-.261		
25		-.111	.764			.205	.175			
4			.686	-.245		.291	.208	.163		
6	-.212	-.117	.615			-.214		.448	.417	
14		-.197	.591	-.340		.472	.268	.234		
1	.248	.417	-.210	.735	.316			-.364		
3	.227	.286		.689	.170	-.211				
5	.219	.609		.637	.448	-.237		-.428	.166	
10	.103	.160		.135	.681	.138	.113		.161	
17		.409	.140	.329	.626		.195	-.318	.139	
27	.376	.351		.501	.550	-.285	-.152	-.260		.305
13			.307	-.115		.731	.174		.102	
24	-.318	-.107	.185		.376	.461	.244	.211	.333	-.101
2			.170		.109	.105	.829			
8	-.167		.130		.205	.260	.622			.285
7	-.207		.165			.195	.195	.665	.109	
16	.211	.386	.346	.468	.488			-.581	.333	-.348
20	.128	.191		.139	.215				.861	
12	.117	.237		.229	.268		.110	-.143	.122	.784

Extraction Method: Principal Component Analysis.
Rotation Method: Promax with Kaiser Normalization.

Em termos teóricos, os 30 itens do EVAT30 agrupam-se em dez factores distintos integrando cada um apenas três variáveis, sendo que estes dez factores se organizam também em outros quatro factores de ordem superior.

Basicamente temos: o poder (1, 14, 24) e o sucesso (6, 16, 26) a agruparem-se no valor autopromoção; o hedonismo (8, 18, 28), a estimulação (9, 19, 29) e a autodirecção (1, 11, 21) a definirem o valor abertura à mudança; o universalismo (3, 13, 23) e a benevolência (5, 15, 25) a integrarem o valor autotranscendência; e a segurança (2, 12, 22), o conformismo (10, 20, 30) e a tradição (7, 17, 27) a configurarem o valor conservadorismo.

Esta estrutura preconizada para o EVAT30 – em que se discriminam que itens é que definem cada valor e que valores é que integram cada um dos quatro tipos motivacionais de ordem superior - pode ser observada na figura 16.

Figura 16 – Estrutura factorial do EVAT30

PODER	4, 14, 24	AUTOPROMOÇÃO
SUCESSO	6,16, 26	
HEDONISMO	8, 18, 28	ABERTURA À MUDANÇA
ESTIMULAÇÃO	9, 19, 29	
AUTODIRECÇÃO	1, 11, 21	
UNIVERSALISMO	3,13, 23	AUTOTRASCENDENCIA
BENEVOLENCIA	5, 15, 25	
SEGURANÇA	2, 12, 22	CONSERVADORISMO
CONFORMISMO	10, 20, 30	
TRADIÇÃO	7, 17, 27	

Tal como se pode verificar pela leitura da figura acima apresentada, observam-se as seguintes associações entre os factores e as variáveis (itens do EVAT30):

Factor 1. Associa-se às três variáveis que definem o valor estimulação - 9 (.723), 19 (.637) e 29 (.700) –, a duas das variáveis que têm a ver com o valor autodirecção - 11 (.648) e 21 (.618) -, e apenas a uma das variáveis que se refere ao valor hedonismo, 18 (.532), sendo estes os valores que na teoria configuram o valor de ordem superior designado de “abertura à mudança”;

- Factor 2. Integra um conjunto de variáveis muito disperso: duas variáveis que se relacionam com o valor de ordem superior “autotranscendência”, em que temos a benevolência do item 15 (.538) e o universalismo do item 23 (.590); duas variáveis que definem o valor de ordem superior “conservadorismo”, em que a segurança se exprime no item 22 (.647) e o conformismo no item 30 (.636); uma variável associada ao valor de ordem superior “autopromoção” em que surge o item 26 (.726) do sucesso; e apenas uma outra variável representativa do valor de ordem superior “abertura à mudança” que apenas inclui o hedonismo do item 28 (.679);
- Factor 3. Em que se tem o valor de ordem superior “autopromoção” configurado por duas variáveis do valor poder, os itens 4 (.686) e 14 (.591), e uma variável do valor sucesso, a questão 6 (.615). Quanto às variáveis restantes, o item 25 (.764) pertence ao valor benevolência que por sua vez integra o valor de ordem superior “autotranscendência, enquanto que o item 1 (-.210) do valor autodirecção que contribui para a definição do valor de ordem superior “abertura à mudança”, exibe uma relação negativa;
- Factor 4. Associado ao valor de ordem superior “autotranscendência” pelo universalismo da variável 3 (.689) e a benevolência da variável 5 (.637), bem com ao valor de ordem superior “abertura à mudança” pela variável 1 (.735) da autodirecção;
- Factor 5. Definido pelo valor de ordem superior “conservadorismo”, que se encontra associado às variáveis 17 (.626) e 27 (.550) da tradição, e à variável 10 (.681) do conformismo;
- Factor 6. Diz respeito aos valores de ordem superior “autotranscendência” – definido pela variável 13 (.731) do universalismo -, e “autopromoção” pela variável 24 (.461) do poder;
- Factor 7. Configurado por duas variáveis que pertencem às dimensões “abertura à mudança”, em que surge a variável 8 (.622) do hedonismo, e ao “conservadorismo”, em que a variável 2 (.829) representa a segurança;

Factor 8. Surge associado às variáveis 7 (.665) e 16 (-.581), que pertencem respectivamente aos valores de ordem superior “conservadorismo” pelo valor tradição, e “autopromoção” pelo valor sucesso;

Factor 9. Aparece relacionado com a variável 20 (.861) que define o conformismo que integra o valor de ordem superior “conservadorismo”;

Factor 10. Relaciona-se com a variável 12 (.784) do valor segurança que pertence ao valor de ordem superior “conservadorismo”.

7.2.1.3. Análise Factorial de Componentes Principais para seis factores (EVAT30)

A tabela seguinte apresenta a explicação da variância total para seis factores do EVAT30.

Tabela 39 - Explicação da variância total para seis factores do EVAT30

Variância Total Explicada							
Component	Initial Eigenvalues			Extraction Sums of Squared Loadings			Rotation
	Total	% of Variance	Cumulative %	Total	% of Variance	Cumulative %	
1	5.837	19.457	19.457	5.837	19.457	19.457	5.184
2	2.974	9.912	29.369	2.974	9.912	29.369	3.974
3	1.938	6.460	35.830	1.938	6.460	35.830	2.600
4	1.122	3.741	39.571	1.122	3.741	39.571	2.349
5	1.105	3.685	43.255	1.105	3.685	43.255	1.761
6	1.065	3.549	46.804	1.065	3.549	46.804	1.771
7	.974	3.248	50.052				
8	.954	3.179	53.231				
9	.908	3.028	56.259				
10	.880	2.933	59.192				
11	.867	2.888	62.080				
12	.812	2.706	64.786				
13	.800	2.666	67.452				
14	.730	2.435	69.887				
15	.715	2.385	72.272				
16	.677	2.256	74.527				
17	.656	2.186	76.713				
18	.648	2.159	78.872				
19	.614	2.048	80.920				
20	.598	1.992	82.912				
21	.586	1.953	84.865				
22	.578	1.926	86.792				
23	.558	1.859	88.650				
24	.538	1.794	90.444				
25	.532	1.773	92.217				
26	.502	1.673	93.890				
27	.488	1.627	95.517				
28	.466	1.553	97.070				
29	.447	1.490	98.560				
30	.432	1.440	100.000				

Extraction Method: Principal Component Analysis.

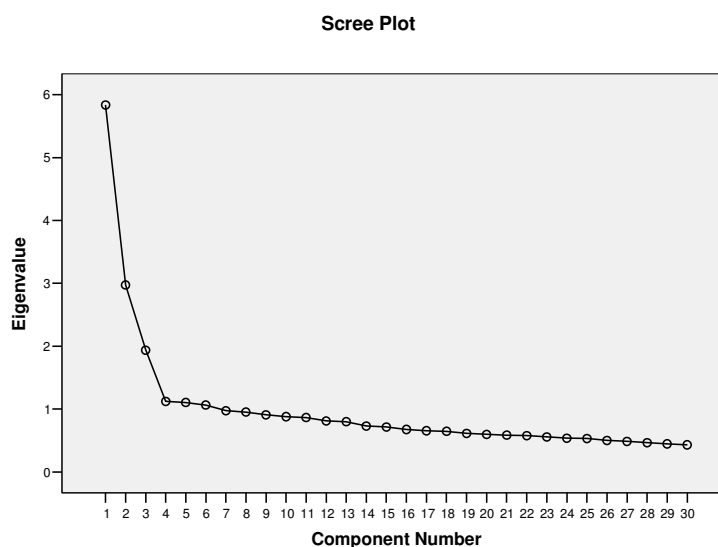
a When components are correlated, sums of squared loadings cannot be added to obtain a total variance.

Contudo, uma vez que este agrupamento em 10 factores se mostra desadequado face ao enquadramento teórico preconizado para o EVAT30, pois que os dez factores obtidos na matriz rodada pelo método Promax pouco têm a ver com os dez factores iniciais desta escala de valores para o trabalho, optou por se testar o agrupamento dos dados recolhidos em outros números de factores que, embora não expliquem o mínimo exigido de 60% da variância observada nas 30 variáveis originais, se poderão mostrar mais adequados.

Na tabela 39, pode então observar-se o cumprimento do critério da escolha para retenção dos componentes com valores próprios superiores à unidade, pelo que se procede à retenção de apenas seis factores, que explicam 46,804% da variação total observada nas 30 variáveis originais. Assim, seriam retidos o factor 1 (valor próprio 5.837, variância 19.457%), o factor 2 (valor próprio 2.974, variância 9.912%), o factor 3 (valor próprio 1.938, variância 6.460%), o factor 4 (valor próprio 1.122, variância 3.741%), o factor 5 (valor próprio 1.105, variância 3.685%) e o factor 6 (valor próprio 1.065, variância 3.549%).

O scree plot correspondente ao gráfico 39, representa a variação dos valores próprios em função do número de factores retidos, em que se observa uma diminuição do declive da recta após o sexto factor, facto que corrobora a retenção de seis factores.

Gráfico 39 - Scree plot dos seis factores extraídos para o EVAT30



A tabela 40 apresenta a matriz dos componentes após rotação através do método *Promax*, em que se salientam os factores associados a cada uma das variáveis.

Conforme se pode observar, assinalam-se a vermelho os maiores valores absolutos das relações encontradas, que associam cada variável da escala a cada dimensão, e destacam-se também a negrito os valores que se aproximam deste valor absoluto máximo, de acordo com as interpretações que são tecidas seguidamente.

São quatro os factores encontrados, em que o factor 1 é representado pelas variáveis correspondentes às questões 15 (.699), 23 (.689), 25 (.641), 5 (.612), 30 (.600), 22 (.571), 13 (.553), 28 (.544), 3 (.523), 26 (.483), 17 (.459) e 16 (.453), o factor 2 integra os itens 29 (.716), 9 (.678), 19 (.639), 21 (.636), 11 (.618) e 18 (.522), o factor 3 é constituído pelas variáveis 4 (.780), 6 (.712), 14 (.659), 1 (.516) e 24 (.440), e o factor 4 se associa aos itens 10 (.667), 27 (.625), 20 (.525), 2 (.103), 12 (.388) e 7 (.224).

Tabela 40 - Matriz rodada pelo método Promax para seis factores do EVAT30

Matriz Rodada pelo método Promax						
	Componente					
	1	2	3	4	5	10
15	.699	.261	-.129	.147		-.210
23	.689	.404		.150		-.274
25	.641	.276	-.131	.168		-.158
5	.612	.242	-.220	.114		-.299
30	.600	.380	-.250	.102	-.109	
22	.571	.432	-.105	.267	.238	
13	.553	.303		.340		-.401
28	.544	.454		.123	.105	
3	.523	.176	-.157			
26	.483	.397			.177	.121
17	.459	.128	.125	.418	.252	-.255
16	.453	.281	.382	.342		-.341
29	.217	.716				
9	.374	.678				-.304
19	.376	.639	.105	.166		-.310
21	.415	.636			-.103	-.201
11	.287	.618		.232		-.114
18	.463	.522	-.190	.155		-.222
4	-.134		.780	.134	.139	
6	-.202	.134	.712	.114	.238	.174
14	-.355		.659	.220	.282	.191
1		-.221	.516	.124	-.146	.399
24	-.200	.118	.440	.365	.312	
10	.224	.109		.667	.283	-.119
27	-.115	-.230	.262	.625	.258	.158
20	.187	.222	.118	.525		
8			.161	.286	.676	
2			.175	.103	.651	.169
12	.291	.122		.388	.424	-.388
7	-.115	-.165	.148	.224	.233	.634

Extraction Method: Principal Component Analysis. Rotation Method: Promax with Kaiser Normalization.

Em relação ao factor 1, são retiradas as variáveis 30 (factor1, peso .600; factor2, peso .380), 22 (factor1, peso .571; factor2, peso .432) e 28 (factor1, peso .544; factor2, peso .454), quer por terem pesos semelhantes nos dois primeiros factores, e, portanto, não permitirem uma maior discriminação, quer por estarem ligeiramente mal posicionadas no MDS. São também retiradas as variáveis 26 (factor1, peso .483; factor2, peso .397), 17 (factor1, peso .459; factor4, peso .418) e 16 (factor1, peso .453; factor2, peso .281; factor3, peso .382; factor4, peso .342), por terem pesos distribuídos por mais de um factor e consequentemente estarem mal posicionadas no MDS. Assim, o factor 1 corresponde ao valor de ordem superior “autotranscendência”, sendo definido pelas variáveis 3 (.523), 13 (.553) e 23 (.689) do valor universalismo, e pelas variáveis 5 (.612), 15 (.699) e 25 (.641) do valor benevolência, tal como preconizado teoricamente.

Já no que respeita ao factor 2, apenas é retirada a variável 18 (hedonismo) por ter pesos semelhantes nos dois primeiros factores (factor1, peso .463; factor2, peso .522) e assim não possibilitar uma maior discriminação e posicionamento mais adequado no MDS. Em relação à escala de valores para o trabalho desenvolvida, nomeadamente no que se refere às variáveis que integravam também o valor hedonismo, verifica-se que o item 8 está associado a um quinto factor (.676), enquanto que o item 28 tem também um peso muito idêntico nos dois primeiros factores (factor1, peso .544, factor2, peso .454). O item 1 apresenta aqui uma relação negativa com o factor 2 (-.221) e um maior peso no factor 3 (.516). Assim, o factor 2 representa o valor de ordem superior “abertura à mudança”, estando associado às variáveis 9 (.678), 19 (.639) e 29 (.716) do valor estimulação, e às variáveis 11 (.618) e 21 (.636) do valor autodirecção.

No factor 3, constata-se que as variáveis 16 e 26 que originalmente estão associadas ao valor sucesso que integra a “autopromoção”, estão mais fortemente relacionadas com o factor 1, tal como anteriormente apresentado. Deste factor é retirada a variável 1 por ter pesos semelhantes em dois factores principais (factor3, peso .516; factor10, peso .399), e não possibilitar uma maior discriminação e melhor posicionamento no MDS. Assim, o factor 3 corresponde ao valor de ordem superior “autopromoção”, sendo definido pelas variáveis 4 (.780), 14 (.659) e 24 (.440) do valor poder e pela variável 6 (.712) do valor sucesso.

Por último, o factor 4 aparece associado às variáveis 10 (.667) e 20 (.525) do valor conformismo e às variáveis 17 (.418) e 27 (.625) do valor tradição, que assim configuram o valor de ordem superior “conservadorismo”. Existe também a possibilidade de incluir neste factor as variáveis 2 (.103) e 12 (.388) do valor segurança e a variável 7 (.224) do valor tradição, que também integram o “conservadorismo”.

7.2.1.4. Análise Factorial de Componentes Principais para quatro factores (EVAT30)

Estes factores assim constituídos são seleccionados para uma nova análise factorial, em que são extraídos 4 factores a partir das 22 variáveis seleccionadas, tal com se apresenta na tabela 41, em que se constata quer que o valor da Medida de Adequação da Amostra (MAA) igual a 0,856, permite concluir sobre a possibilidade de uma análise factorial aos dados com uma qualidade Boa, quer que o *Teste da Esfericidade de Bartlett* permite rejeitar a hipótese de não existir correlação entre as variáveis, pelo que se pode prosseguir com a análise.

Tabela 41 - Resultados da análise do teste KMO e Bartlett's para os quatro factores do EVAT30

KMO and Bartlett's Test	
Kaiser-Meyer-Olkin Measure of Sampling Adequacy.	.856
Bartlett's Test of Sphericity	Approx. Chi-Square
	4744.467
	df
	231
	Sig.
	.000

Depois de verificada a possibilidade de executar adequadamente a análise factorial, prossegue-se com a extracção dos factores a partir das 22 variáveis, através da análise da tabela 42.

Nesta tabela pode-se observar o cumprimento do critério da escolha para retenção dos componentes com valores próprios superiores à unidade, com uma excepção. Na tabela são retidos quatro factores, que explicam 44,240% da variação total observada nas 22 variáveis originais. Em que temos o factor 1 com um valor próprio de 4.267 e uma variância de 19.396%, o factor 2 com um valor próprio de 2.639 e uma variância de 11.994%, o factor 3 com um valor próprio de 1.798 e uma variância de 8.170%, e o factor 4 com um valor próprio de 1.030 e uma variância de 4.680%.

Tabela 42 - Explicação da variância total para quatro factores do EVAT30 (a partir de 22 variáveis)

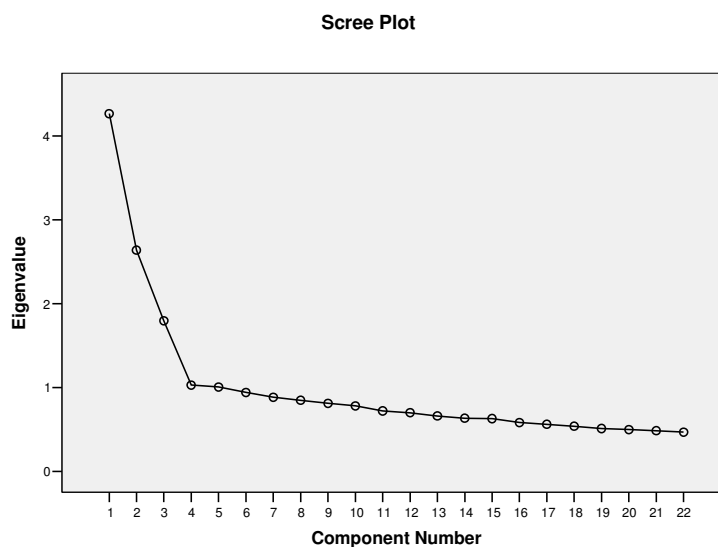
Variância Total Explicada							
Component	Initial Eigenvalues			Extraction Sums of Squared Loadings			Rotation
	Total	% of Variance	Cumulative %	Total	% of Variance	Cumulative %	
1	4.267	19.396	19.396	4.267	19.396	19.396	3.623
2	2.639	11.994	31.390	2.639	11.994	31.390	3.184
3	1.798	8.170	39.560	1.798	8.170	39.560	2.598
4	1.030	4.680	44.240	1.030	4.680	44.240	1.923
5	1.007	4.577	48.817				
6	.941	4.278	53.095				
7	.884	4.018	57.113				
8	.848	3.856	60.970				
9	.812	3.690	64.659				
10	.781	3.550	68.209				
11	.721	3.278	71.486				
12	.700	3.182	74.669				
13	.661	3.004	77.673				
14	.634	2.882	80.555				
15	.630	2.863	83.418				
16	.583	2.651	86.069				
17	.562	2.554	88.623				
18	.539	2.451	91.075				
19	.511	2.323	93.398				
20	.499	2.267	95.665				
21	.485	2.207	97.872				
22	.468	2.128	100.000				

Extraction Method: Principal Component Analysis.

a When components are correlated, sums of squared loadings cannot be added to obtain a total variance.

O scree plot do gráfico 40, representa a variação dos valores próprios em função do número de factores retidos, e corrobora a retenção de quatro factores pois que se verifica uma diminuição do declive, após o quarto factor.

Gráfico 40 - Scree plot dos quatro factores extraídos para o EVAT30



Na tabela 43, apresenta-se a matriz dos componentes após rotação através do método *Promax*, salientando-se os factores associados a cada uma das variáveis.

Tabela 43 - Matriz rodada pelo método Promax para quatro factores do EVAT30 (a partir de 22 variáveis)

Matriz Rodada pelo método Promax				
	Componente			
	1	2	3	10
23	.668	.452	-.176	
15	.666	.291	-.229	
5	.642	.254	-.251	
25	.632	.307	-.211	
13	.601	.361	-.147	.145
3	.557	.170	-.165	-.143
17	.531	.120	.121	.291
12	.404	.114	.118	.249
29	.134	.699		
9	.383	.694		-.166
21	.347	.682	-.139	
19	.376	.661		
11	.268	.611		.167
6	-.188		.757	.159
14	-.316		.734	.308
4	-.128		.702	
24	-.156		.536	.399
2	.143	-.120	.442	.176
27		-.293	.326	.690
10	.306		.135	.599
20		.288		.579
7		-.334	.298	.429

Extraction Method: Principal Component Analysis. Rotation Method: Promax with Kaiser Normalization.

De acordo com os critérios usados, assinalam-se a vermelho os maiores valores absolutos que associam cada variável da escala a cada dimensão, de acordo com as interpretações baseadas nas seguintes associações entre os factores e as variáveis:

Factor 1. Associado às variáveis 3 (.557), 13 (.601), 23 (.668), 5 (.642), 15 (.666) e 25 (.632). Estas variáveis constituem a dimensão ou valor de ordem superior “autotranscendência”, integrando respectivamente todas as variáveis dos valores universalismo e benevolência.

Factor 2. Representado pelas variáveis 9 (.694), 19 (.661), 29 (.699), 11 (.611) e 21 (.682). Estas variáveis configuram a dimensão “abertura à mudança”, definida respectivamente pelas três variáveis do valor estimulação, e por duas variáveis do valor autodirecção.

Factor 3. Configurado pelas variáveis 4 (.702), 14 (.734), 24 (.536) e 6 (.757), que definem a dimensão “autopromoção”, integrando todos os itens do valor poder e apenas um do valor sucesso.

Factor 4. Relacionado com as variáveis 10 (.599), 20 (.579), 7 (.429) e 27 (.690). Estas variáveis pertencem à dimensão “conservadorismo”, integrando dois itens do valor conformismo e outros dois do valor tradição. Existe também a possibilidade de incluir neste factor as variáveis 2 (factor 3, .442; factor 4, .176) 12 (factor 1, .404; factor 4, .249) e 17 (factor 1, .531; factor 4, .291). Esta decisão será tomada com base na análise da fiabilidade.

7.2.1.4.1. Análise de fiabilidade de cada um dos quatro factores

A análise de fiabilidade permite estudar as propriedades de escalas de medida e as questões que as compõem. O procedimento utilizado calcula medidas de fiabilidade da escala e também fornece informação sobre as relações entre itens individuais numa escala. Podem ser usados coeficientes de correlação inter-classes para calcular estimativas de fiabilidade. No SPSS estão disponíveis vários modelos de análise da fiabilidade e validade: Alpha de Cronbach (modelo de consistência interna, baseado na correlação inter-item), Split-half (divide a escala em duas partes e examina a correlação entre elas), Guttman (calcula limites inferiores de fiabilidade), Paralelo (assume variâncias iguais e erros de variância iguais nas replicações) e Paralelo rígido (também pressupõe médias iguais entre itens).

Neste estudo, optou-se pelo Alpha de Cronbach, uma vez que nas ciências sociais este é o modelo mais utilizado para verificação de fiabilidade e validade de escalas. Basicamente, o Alfa de Cronbach mede a fiabilidade ou consistência de respostas de um conjunto de variáveis correlacionadas entre si, que assim configuram uma determinada dimensão. Tecnicamente, o Alfa de Cronbach não é um teste estatístico, antes representa um coeficiente de fiabilidade ou consistência.

Quando os dados têm uma estrutura multidimensional, o Alfa de Cronbach será baixo. Por outro lado, se as correlações inter-variáveis forem altas, então há evidência que as variáveis medem a mesma dimensão, pelo que este é o significado de uma fiabilidade (*reliability*) alta. Note-se que um coeficiente de fiabilidade igual ou superior a 0.80 é considerado como "bom" na maioria das aplicações em Ciências Sociais, enquanto que um coeficiente de fiabilidade de mais ou menos 0.70 é considerado como "aceitável".

Na análise da fiabilidade de cada um dos factores, apresenta-se então o cálculo do valor do Alfa de Cronbach, que sendo igual ou superior a 0,80 indicia elevada fiabilidade dos dados, e se for igual ou superior a pelo menos 0,70 indicia uma aceitável fiabilidade dos dados. Testes adicionais indicam que para os três primeiros factores não há nenhuma variável que contribua para que o valor do Alfa de cada um dos factores não seja ainda mais elevado.

7.2.1.4.1.1. Cálculo da fiabilidade do factor 1

Relativamente ao factor 1, em que as variáveis 3, 13, 23, 5, 15 e 25 configuram o valor “autotranscendência”, verifica-se que o valor do Alfa de Cronbach é superior a 0,70, coeficiente de fiabilidade que torna os dados aceitáveis, pelo que se pode aceitar os dados como unidimensionais. Ou seja, as 6 variáveis acima discriminadas medem realmente uma única dimensão: a autotranscendência.

Tabela 44 - Estatísticas de fiabilidade do factor 1

Alfa de Cronbach	N de Itens
0,748	6

7.2.1.4.1.2. Cálculo da fiabilidade do factor 2

No que respeita ao factor 2, em que as variáveis 9, 19, 29, 11, 21 definem o valor “abertura à mudança”, observa-se que o valor do Alfa de Cronbach é superior a 0,70, pelo que se pode considerar os dados aceitáveis e como unidimensionais. Ou seja, estas 5 variáveis medem uma única dimensão: a abertura à mudança.

Tabela 45 - Estatísticas de fiabilidade do factor 2

Alfa de Cronbach	N de Itens
0,736	5

7.2.1.4.1.3. Cálculo da fiabilidade do factor 3

O factor 3 refere-se ao valor “autopromoção” e integra as variáveis 4, 6, 14 e 24. Neste caso, uma vez que o coeficiente de fiabilidade de 0,695 encontrado está muito próximo do valor do Alfa de Cronbach de 0,70, consideram-se também os dados aceitáveis e unidimensionais. Ou seja, as 4 variáveis enunciadas medem uma única dimensão: a autopromoção.

Tabela 46 - Estatísticas de fiabilidade do factor 3

Alfa de Cronbach	N de Itens
0,695	4

7.2.1.4.1.4. Cálculo da fiabilidade do factor 4

Já quanto ao factor 4, que se pretende ser representativo do valor “conservadorismo” definido pelos agrupamentos de variáveis 7, 10 e 20, 27 e 2, 12 e 17, verifica-se a obtenção de um coeficiente de fiabilidade de 0,513, pelo que o valor do Alfa de Cronbach é inferior ao valor de 0,70 necessário para a aceitação estatística destes dados, razão por que em teoria não se podem considerar os dados aceitáveis e como unidimensionais: Ou seja, as 7 variáveis suprarreferidas não medem eficazmente uma única dimensão: o conservadorismo.

Tabela 47 - Estatísticas de fiabilidade do factor 4

Alfa de Cronbach	N de Itens
0,513	7

No entanto, os testes adicionais indicam que não há nenhuma variável que contribua para que o valor do Alfa não seja ainda mais elevado, pelo que a eliminação de qualquer um dos itens provoca uma diminuição do valor do Alfa de Cronbach. A opção para este factor foi então a de considerar todos os itens.

Tabela 48 - Indexação da fiabilidade à eliminação de itens do factor 4

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
2	21.75	21.150	.207	.496
7	23.81	23.522	.186	.498
10	21.94	20.019	.354	.426
12	21.17	21.924	.212	.490
17	21.67	21.323	.278	.461
20	21.64	22.488	.201	.494
27	23.21	21.465	.318	.447

7.2.1.4.2. Conclusão das análises factorial e de fiabilidade dos quatro factores

Com base nas diferentes análises factoriais realizadas e fiabilidades calculadas, em termos práticos consubstancia-se o agrupamento de variáveis que se pode observar na figura 17, em que: a autotranscendência (Factor1) é representada por todas as variáveis dos valores do universalismo (3, 13, 23) e da benevolência (5, 15, 25); a abertura à mudança (Factor 2) é definida pelas três variáveis do valor estimulação (9,

19, 29), por duas variáveis do valor autodirecção (11, 21), e por nenhuma das variáveis do hedonismo; a autopromoção (Factor 3) é definida pelas três variáveis do poder (4, 14, 24) e por nenhuma das variáveis do sucesso; o conservadorismo (factor 4) é configurado pelas três variáveis da tradição (7, 17, 27), duas da segurança (2, 12) e duas do conformismo (10, 20).

Figura 17 – Nova estrutura factorial do EVAT30

UNIVERSALISMO	3, 13, 23	Factor 1: AUTOTRASCENDÊNCIA
BENEVOLENCIA	5, 15, 25	
HEDONISMO	8, 18, 28	Factor 2: ABERTURA Á MUDANÇA
ESTIMULAÇÃO	9, 19, 29	
AUTODIRECÇÃO	11, 21	
PODER	4, 14, 24	Factor 3: AUTOPROMOÇÃO
SUCESSO	6, 16, 26	
SEGURANÇA	2, 12, 22	Factor 4: CONSERVADORISMO
CONFORMISMO	10, 20, 30	
TRADIÇÃO	7, 17, 27	

7.2.1.4.2.1. Construção das dimensões do EVAT

As quatro dimensões apresentadas resultam do cálculo da média dos valores das respostas dadas ao conjunto de itens que as constituem, que assim dão origem a quatro novas variáveis na base de dados, que são as que se podem observar na tabela 49.

Tabela 49 – Itens resultantes da reconstrução do EVAT30

FACTORES	ITENS
Autotranscendência	3, 5, 13, 15, 23, 25
Abertura à Mudança	9, 11, 19, 21, 29
Autopromoção	4, 6, 14, 24
Conservadorismo	2, 7, 10, 12, 17, 20, 27

A tabela 50 apresenta as estatísticas mais elementares para cada dimensão (factor) da Escala de Valores para o Trabalho (EVAT30): em que a autotranscendência se caracteriza pela média mais elevada de 5.25, um desvio padrão de 0.94, um coeficiente de variação de apenas 18%, um mínimo de 2.0 e um máximo de 7.0; a

abertura à mudança evidencia uma média de 4.74, o maior desvio padrão de 1.00, 21% de coeficiente de variação, um mínimo de 1.4 e um máximo de 7.0; a autopromoção é definida estatisticamente por uma média de apenas 2.36, um desvio padrão de 0.99, pelo maior coeficiente de variação com um valor percentual de 42%, um mínimo de 1.0 e um máximo de 6.8; o conservadorismo é caracterizado por uma média de 3.70, um desvio padrão de 0.75, um coeficiente de variação de 20%, um mínimo de 1.6 e um máximo de apenas 5.9.

Tabela 50 - Estatística dos factores do EVAT30

FACTORES DO EVAT	Média	Desvio Padrão	Coef. Variação	Mínimo	Máximo
AUTOTRASCENDENCIA	5.25	0.94	18%	2.0	7.0
ABERTURA Á MUDANÇA	4.74	1.00	21%	1.4	7.0
AUTOPROMOÇÃO	2.36	0.99	42%	1.0	6.8
CONSERVADORISMO	3.70	0.75	20%	1.6	5.9

7.2.2. Análise do MBI

Apresenta-se de seguida a análise do Inventário de Burnout de Maslach (MBI) realizada pelo recurso à técnica *ascal*, estimação da medida de adequação da amostra (MMA), análise factorial de componentes principais e cálculo da explicação da variância e respectivo *scree plot* – primeiro para quatro factores e depois para três factores, respectivamente.

7.2.2.1. Multidimensional Scaling (Alscal) para as 22 variáveis (MBI)

Por uma questão de uniformização de procedimentos, optou-se por usar também o *Multidimensional Scaling* para a análise do Inventário de Burnout de Maslach (MBI), para o qual são preconizados 3 factores, uma vez que esta técnica permite identificar as variáveis que estão mais relacionadas com as dimensões que a partir delas são criadas, através de uma representação dos itens num espaço usualmente bidimensional.

Este espaço bidimensional é encontrado pelo cálculo da proximidade entre os itens, conforme se pode observar na tabela 51.

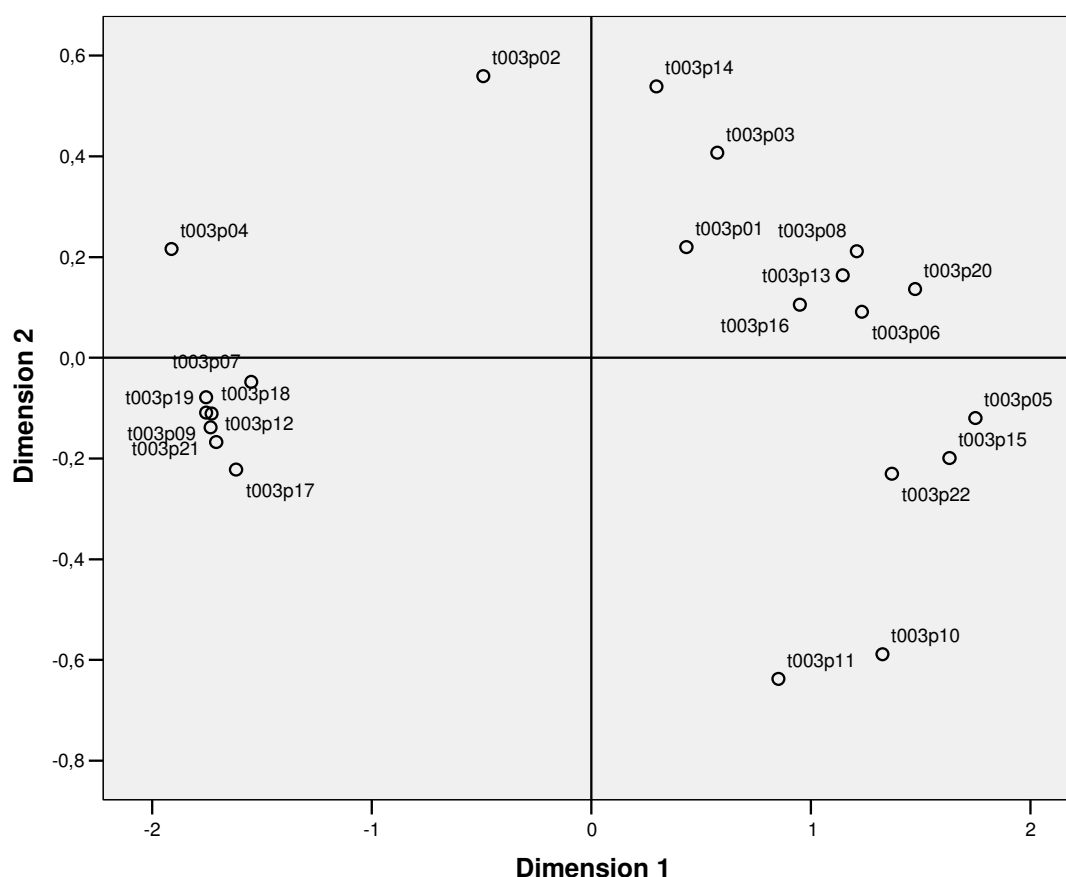
Tabela 51 - Grau de proximidade entre os itens do MBI

		Dimension	
Stimulus	Stimulus	1	2
Number	Name		
1	t003p01	.4336	.2198
2	t003p02	-.4917	.5594
3	t003p03	.5743	.4070
4	t003p04	-1.9118	.2160
5	t003p05	1.7496	-.1198
6	t003p06	1.2324	.0911
7	t003p07	-1.5489	-.0481
8	t003p08	1.2098	.2116
9	t003p09	-1.7534	-.1088
10	t003p10	1.3268	-.5884
11	t003p11	.8526	-.6373
12	t003p12	-1.7081	-.1674
13	t003p13	1.1453	.1637
14	t003p14	.2973	.5385
15	t003p15	1.6318	-.1991
16	t003p16	.9500	.1055
17	t003p17	-1.6174	-.2219
18	t003p18	-1.7287	-.1108
19	t003p19	-1.7541	-.0785
20	t003p20	1.4750	.1363
21	t003p21	-1.7335	-.1383
22	t003p22	1.3691	-.2304

Na representação euclideana dos itens do MBI, destacam-se o item 2 que apresenta um grau de proximidade de -.4917 para a dimensão 1 e de .5594 para a dimensão 2, e o item 4 que reflecte um grau de proximidade de -1.9118 para a dimensão 1 e de .2160 para a dimensão 2, pelo que exibem uma representação gráfica diferente da dos restantes itens.

Este método, para as várias dimensões construídas, agrupa as variáveis da escala de acordo com o gráfico apresentado, pelo que a sua leitura será feita conjuntamente com a análise factorial.

Gráfico 41 - Representação euclideana dos itens do MBI



7.2.2.2. Análise Factorial de Componentes Principais (MBI)

Conforme se pode observar na tabela 52, a Medida de Adequação da Amostra com o valor $MAA=0,876$, permite concluir sobre a possibilidade de uma análise factorial aos dados com uma qualidade boa. Já o Teste da Esfericidade de Bartlett (Chi-Square 6844.429), ao evidenciar um valor de significância inferior a 5% (Sig=.000), permite rejeitar a hipótese de não existir correlação entre as variáveis, pelo que se pode prosseguir com a análise.

Tabela 52 - Resultados da análise do teste KMO e Bartlett's para o MBI

KMO and Bartlett's Test	
Kaiser-Meyer-Olkin Measure of Sampling Adequacy.	.876
Bartlett's Test of Sphericity	Approx. Chi-Square 6844.429
Df	231
Sig.	.000

Depois de verificar a possibilidade de executar adequadamente a análise factorial, prossegue-se com a extracção dos factores a partir das 22 variáveis, através da análise da tabela apresentada.

Seguindo o critério da retenção dos componentes com valores próprios superiores à unidade, seriam, por esse motivo, retidos quatro factores, que explicam apenas 50,329% da variação total observada nas 22 variáveis originais.

Por esse motivo, ir-se-á primeiro averiguar acerca da viabilidade de procura trabalhar com 4 factores.

Tabela 53 - Explicação da variância total para quatro factores do MBI

Variância Total Explicada							
Component	Initial Eigenvalues			Extraction Sums of Squared Loadings			Rotation
	Total	% of Variance	Cumulative %	Total	% of Variance	Cumulative %	Total
1	5.225	23.749	23.749	5.225	23.749	23.749	3.681
2	3.077	13.988	37.737	3.077	13.988	37.737	3.481
3	1.691	7.686	45.423	1.691	7.686	45.423	3.998
4	1.079	4.905	50.329	1.079	4.905	50.329	3.275
5	.924	4.198	54.527				
6	.857	3.896	58.423				
7	.814	3.698	62.121				
8	.751	3.412	65.533				
9	.741	3.370	68.902				
10	.699	3.179	72.082				
11	.681	3.096	75.177				
12	.623	2.832	78.010				
13	.592	2.692	80.701				
14	.583	2.649	83.350				
15	.566	2.573	85.923				
16	.525	2.385	88.308				
17	.511	2.321	90.629				
18	.494	2.244	92.872				
19	.452	2.053	94.925				
20	.407	1.850	96.775				
21	.367	1.669	98.444				
22	.342	1.556	100.000				

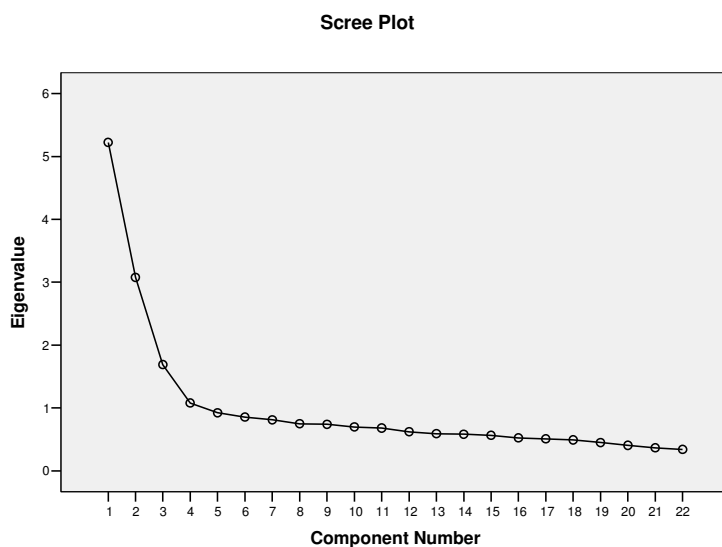
Extraction Method: Principal Component Analysis.

a. When components are correlated, sums of squared loadings cannot be added to obtain a total variance.

Assim temos o factor 1 com um valor próprio de 5.225 e uma variância de 23.749%, o factor 2 com um valor próprio de 3.077 e uma variância de 13.988%, o factor 3 com um valor próprio de 1.691 e uma variância de 7.686%, e o factor 4 com um valor próprio de apenas 1.079 e uma variância de 4.905%.

O scree plot que se observa no gráfico 42, representa a variação dos valores próprios em função do número de factores retidos e sugere a possibilidade de retenção de 4 factores, pois após o 4.º factor ocorre uma alteração do declive, que é também visível após o terceiro factor.

Gráfico 42 - Scree plot dos quatro factores extraídos para o MBI



A matriz reproduzida no gráfico seguinte, apresenta os 4 componentes após rotação através do método *Promax* – tendo sido previamente eliminados os valores inferiores a 0,100 -, em que se salientam a vermelho os maiores valores absolutos, que associam cada variável da escala a cada dimensão.

Tabela 54 - Matriz rodada pelo método Promax para quatro factores do MBI

	Componente			
	1	2	3	4
18	.731		-.265	-.117
17	.718		-.167	
7	.659			
9	.658			-.115
19	.642		-.212	-.183
21	.622	-.165	-.143	-.130
12	.610	-.166	-.240	-.201
4	.570	.186		-.144
1		.781	.375	.252
2		.781	.251	
3	-.147	.735	.365	.279
14		.605	.502	.296
16	-.168	.300	.732	.283
8	-.152	.624	.708	.383
6	-.115	.215	.702	.316
13	-.163	.585	.697	.355
20	-.125	.441	.681	.331
10	-.103	.228	.213	.764
5	-.217	.170	.383	.741
11		.252	.295	.689
22	-.152	.210	.451	.605
15	-.217		.469	.596

Extraction Method: Principal Component Analysis. Rotation Method: Promax with Kaiser Normalization.

No que se refere às associações entre os factores e as variáveis, observa-se que: o Factor 1 aparece associado às variáveis 18 (.731), 17 (.718), 7 (.659), 9 (.658), 19

(.642), 21 (.622), 12 (.610) e 4(.570), sendo que todas estas variáveis pertencem à dimensão realização pessoal; o factor 2 é definido pelas variáveis 1 (.781), 2 (.781), 3 (.735) e 14 (.605), integrando apenas parte das variáveis que pertencem à dimensão esgotamento emocional, também designada por exaustão emocional ou cansaço emocional; o factor 3 é configurado pelas variáveis 16 (.732), 8 (.708), 6 (.702), 13 (.697) e 20 (.681), que pertencem também à dimensão cansaço emocional; já o factor 4 surge relacionado com as variáveis 10 (.764), 5 (.741), 11 (.689), 22 (.605) e 15 (.596), que pertencem à dimensão despersonalização.

Este agrupamento em 4 factores, embora adequado, pode ser melhorado se for promovida a constituição de apenas 3 factores, por forma a obter apenas uma dimensão relativa ao esgotamento emocional, tal como postulado teoricamente.

Tabela 55 - Explicação da variância total para três factores do MBI

Variância Total Explicada							
Component	Initial Eigenvalues			Extraction Sums of Squared Loadings			Rotation
	Total	% of Variance	Cumulative %	Total	% of Variance	Cumulative %	
1	5.225	23.749	23.749	5.225	23.749	23.749	4.345
2	3.077	13.988	37.737	3.077	13.988	37.737	3.688
3	1.691	7.686	45.423	1.691	7.686	45.423	3.715
4	1.079	4.905	50.329				
5	.924	4.198	54.527				
6	.857	3.896	58.423				
7	.814	3.698	62.121				
8	.751	3.412	65.533				
9	.741	3.370	68.902				
10	.699	3.179	72.082				
11	.681	3.096	75.177				
12	.623	2.832	78.010				
13	.592	2.692	80.701				
14	.583	2.649	83.350				
15	.566	2.573	85.923				
16	.525	2.385	88.308				
17	.511	2.321	90.629				
18	.494	2.244	92.872				
19	.452	2.053	94.925				
20	.407	1.850	96.775				
21	.367	1.669	98.444				
22	.342	1.556	100.000				

Extraction Method: Principal Component Analysis.

a. When components are correlated, sums of squared loadings cannot be added to obtain a total variance.

Deste modo, ir-se-á testar então o agrupamento estatístico em três factores que, muito embora não integrem todos os factores com valor próprio superior a um e não expliquem o mínimo exigido de 60% da variância observada nas 22 variáveis originais, se poderá mostrar mais adequado, pois que assim não se altera a estrutura factorial do MBI.

Na análise de componentes principais apresentada na tabela 55, são extraídos e retidos os três factores com os valores próprios superiores à unidade mais elevados, que embora expliquem apenas 45,423% da variação total observada nas 22 variáveis originais, estão em consonância com a estrutura factorial do MBI.

Tabela 56 - Matriz rodada pelo método Promax para três factores do MBI

	Componente		
	1	2	3
8	.754	-.158	.478
1	.731		.216
13	.721	-.169	.458
3	.692	-.144	.242
2	.685		
14	.653		.331
20	.608	-.132	.457
16	.527	-.179	.461
18	-.160	.734	-.187
17		.720	-.107
7		.656	
9		.655	
19	-.116	.643	-.224
21	-.179	.621	-.133
12	-.219	.610	-.228
4	.111	.570	-.178
5	.261	-.213	.721
10	.230		.664
15	.218	-.219	.657
11	.285		.631
22	.326	-.152	.630
6	.450	-.126	.491

Extraction Method: Principal Component Analysis.

Rotation Method: Promax with Kaiser Normalization.

A rotação da matriz dos componentes através do método *Promax* é apresentada na tabela 56, em que surgem a vermelho os factores associados a cada uma das variáveis com maiores valores absolutos, depois de eliminados os valores inferiores a 0,100, verificando-se as seguintes associações entre os factores e as variáveis: O Factor 1 refere-se ao cansaço emocional e integra as variáveis 1 (.731), 2 (.685), 3 (.692), 8 (.754), 13 (.721), 14 (.653), 16 (.527) e 20 (.608); o Factor 2 configura a realização pessoal, e está associado às variáveis 4 (.570), 7 (.656), 9 (.655), 12 (.610), 17 (.720), 18 (.734), 19 (.643) e 21 (.621); o Factor 3 representa a despersonalização, a que pertencem as variáveis 5 (.721), 6 (.491), 10 (.664), 11 (.631), 15 (.657) e 22 (.630).

7.2.2.3. Análise da fiabilidade de cada um dos três factores

Apresenta-se de seguida a análise da fiabilidade de cada uma das dimensões do MBI (cansaço emocional, realização pessoal e despersonalização).

7.2.2.3.1. Cálculo da fiabilidade do cansaço emocional

O Factor 1 refere-se ao cansaço emocional, que é medido pelas variáveis 1, 2, 3, 8, 13, 14, 16 e 20. O coeficiente de fiabilidade de 0,831 representa um valor do Alfa de Cronbach superior ao valor de 0,80, pelo que se podem considerar os dados como unidimensionais. Ou seja, as 8 variáveis mencionadas medem uma única dimensão: o cansaço emocional. Testes adicionais indicam que não há nenhuma variável que contribua para que o valor do Alfa não seja ainda mais elevado.

Tabela 57 - Estatísticas de fiabilidade do cansaço emocional

Alfa de Cronbach	N de Itens
0,831	8

7.2.2.3.2. Cálculo da fiabilidade da realização pessoal

O Factor 2 configura a dimensão realização pessoal que está associada às variáveis 4, 7, 9, 12, 17, 18, 19 e 21. Uma vez que o coeficiente de 0,807 constitui um valor do Alfa de Cronbach superior a 0,80, podem considerar-se os dados como unidimensionais. Ou seja, as 8 variáveis referidas medem uma única dimensão: a realização pessoal. Do mesmo modo, testes adicionais indicam não haver nenhuma variável que contribua para que o valor do Alfa não seja ainda mais elevado.

Tabela 58 - Estatísticas de fiabilidade da realização pessoal

Alfa de Cronbach	N de Itens
0,807	8

7.2.2.3.3. Cálculo da fiabilidade da despersonalização

O Factor 3 diz respeito à despersonalização, dimensão que se encontra associada às variáveis 5, 6, 10, 11, 15 e 22. Muito embora o coeficiente de fiabilidade de 0,716 fique um pouco aquém do valor do Alfa de Cronbach desejável de 0,80, atendendo-se à pouca significância representada pela diferença de 0,084 e à necessidade de não alterar a estrutura factorial do MBI, decidiu-se considerar os dados aceitáveis e como unidimensionais. Ou seja, em termos práticos aceita-se que as 6 variáveis indicadas medem uma única dimensão: a despersonalização.

Tabela 59 - Estatísticas de fiabilidade da despersonalização

Alfa de Cronbach	N de Itens
0,716	6

7.2.2.4. Conclusão das análises factorial e de fiabilidade dos três factores

Em termos práticos consubstanciou-se o agrupamento de variáveis que se apresenta na tabela seguinte e que está em conformismo com o que é preconizado na teoria.

Tabela 60 – Itens do MBI

FACTORES	ITENS
Esgotamento emocional	1, 2, 3, 8, 13, 14, 16 e 20
Realização pessoal	4, 7, 9, 12, 17, 18, 19 e 21
Despersonalização	5, 6, 10, 11, 15 e 22

7.2.2.5. Construção das dimensões de MBI

Todas as dimensões resultam do cálculo da média dos valores das respostas dadas ao conjunto de itens que as constituem e que se podem observar no quadro anterior, pelo que para a prossecução do tratamento estatístico, estas dimensões dão origem a três novas variáveis na base de dados. Na tabela 61, apresentam-se as estatísticas mais elementares para cada dimensão ou factor do MBI, em que: o cansaço emocional se caracteriza pela média mais baixa de 2.03, um desvio padrão de 1.04, um coeficiente de variação elevado de 51%, por um mínimo de 0.0 e um máximo de 5.8; a realização pessoal evidencia a média mais elevada de 4.59, um desvio padrão de 0.94, um coeficiente de variação de 21%, um mínimo de 0.6 e um máximo de 6.0; e a despersonalização tem uma média de apenas 1.26, um desvio padrão de 0.98, o coeficiente de variação mais elevado de 78%, um mínimo de 0.0 e um máximo de 5.3.

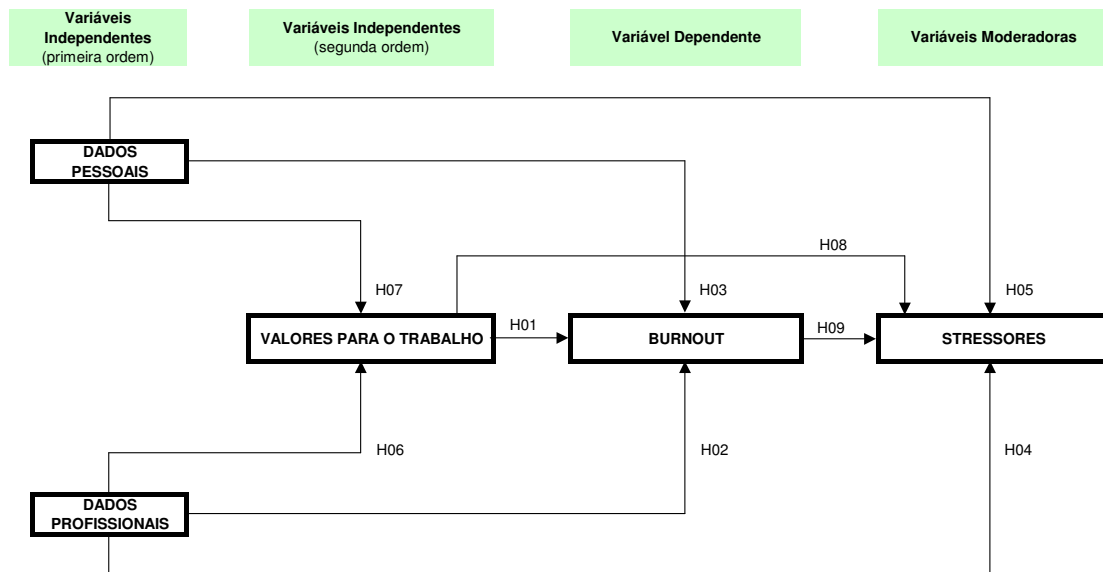
Tabela 61 - Estatística dos factores do MBI

FACTORES DO MBI		Desvio	Coef.		
	Média	Padrão	Variação	Mínimo	Máximo
Cansaço Emocional	2.03	1.04	51%	0.0	5.8
Realização Pessoal	4.59	0.94	21%	0.6	6.0
Despersonalização	1.26	0.98	78%	0.0	5.3

7.3. Tratamento das hipóteses

Apresenta-se de seguida a recapitulação do desenho metodológico que faz o enquadramento operacional das relações entre as variáveis investigadas.

Figura 18 – Recapitulação do desenho metodológico e dedução das hipóteses



7.3.1. Análise da hipótese H01

Esta hipótese procura saber se existe alguma relação entre os valores para o trabalho medidos pela Escala de Valores para o Trabalho (EVAT30) - nomeadamente os 4 valores de ordem superior (conservadorismo, abertura à mudança, autotranscendência e autopromoção) -, e o burnout avaliado pelo Inventário de Burnout de Maslach (MBI), pelo que a hipótese geral formulada é desconstruída em quatro sub-hipóteses.

H01: As distintas hierarquias de valores para o trabalho (EVAT30) reflectem-se em diferentes níveis de burnout (MBI)

- H01a – Quanto maior o conservadorismo maior o burnout
- H01b – Quanto maior a abertura à mudança menor o burnout
- H01c – Quanto maior a autotranscendência menor o burnout

H01d – A autopromoção não se correlaciona significativamente com o burnout

Interessa antes de mais referir que os factores em que se estruturam o EVAT e o MBI são todos variáveis quantitativas, e que o coeficiente de correlação de Pearson R utilizado é uma medida da associação linear entre variáveis quantitativas que varia entre -1 e 1, pelo que quanto mais próximo estiver dos valores extremos, tanto maior é a associação entre as variáveis.

Este coeficiente assume que os dados provêm de populações normais, pelo que é necessário verificar a normalidade das suas distribuições, o que pode ser realizado com o teste K-S (Kolmogorov-Smirnov com a correcção de Lilliefors), que colocam a hipótese nula da variável seguir uma distribuição normal, pois que para aplicar alguns dos testes estatísticos, nomeadamente os paramétricos, é necessário verificar este pressuposto. O teste K-S coloca as seguintes hipóteses:

- H_0 : As variáveis seguem uma distribuição normal.
- H_1 : As variáveis não seguem uma distribuição normal.

Os valores da significância do teste (assinalados a negrito), também designada por valor de prova, permitem realizar inferências sobre o seu resultado.

Ou seja, se a significância for superior a 5% (0,05), não se rejeita a hipótese nula (H_0), se for inferior a 5%, rejeita-se a hipótese nula (H_0) e aceita-se a hipótese alternativa (H_1). Os resultados do teste K-S estão patentes na tabela seguinte.

Tabela 62 - Observação da normalidade da distribuição através do teste K-S (H01)

Tests of Normality			
	Kolmogorov-Smirnov(a)		
	Statistic	df	Sig.
EVAT - Factor 1: AUTOTRASCENDENCIA	.073	1095	.000
EVAT - Factor 2: ABERTURA À MUDANÇA	.083	1095	.000
EVAT - Factor 3: AUTOPROMOÇÃO	.130	1095	.000
EVAT - Factor 4: CONSERVADORISMO	.055	1095	.000
MBI - Factor 1: ESGOTAMENTO EMOCIONAL	.087	1095	.000
MBI - Factor 2: REALIZAÇÃO PESSOAL	.094	1095	.000
MBI - Factor 3: DESPERSONALIZAÇÃO	.113	1095	.000

a Lilliefors Significance Correction

Conforme se pode constatar, o teste K-S rejeita para todas as variáveis a hipótese nula de elas seguirem uma distribuição normal (para um nível de significância de 5%),

pois o valor de prova do teste é sempre 0,000 e inferior a 5%. Nesta situação, não se considera que as variáveis sigam uma distribuição normal.

Por este facto, não se podem aplicar testes paramétricos para validar as hipóteses, pelo que também a análise através dos coeficientes de correlação de Pearson não é válida.

Assim sendo, deve utilizar-se o coeficiente de correlação de Spearman, que não é sensível a assimetrias de distribuição e não exige a normalidade da distribuição dos dados.

Tabela 63 - Validação das hipóteses pelo cálculo do coeficiente de correlação de Spearman (H01)

		MBI - Factor 1: ESGOTAMENTO EMOCIONAL	MBI - Factor 2: REALIZAÇÃO PESSOAL	MBI - Factor 3: DESPERSONALIZAÇÃO
EVAT - Factor 1:	Correlation			
AUTOTRASCENDENCIA	Coefficient	-.101(**)	.365(**)	-.204(**)
	Sig. (2-tailed)	.001	.000	.000
	N	1099	1098	1100
EVAT - Factor 2:	Correlation			
ABERTURA Á MUDANÇA	Coefficient	-.113(**)	.327(**)	-.131(**)
	Sig. (2-tailed)	.000	.000	.000
	N	1099	1098	1100
EVAT - Factor 3:	Correlation			
AUTOPROMOÇÃO	Coefficient	.142(**)	-.179(**)	.262(**)
	Sig. (2-tailed)	.000	.000	.000
	N	1098	1097	1099
EVAT - Factor 4:	Correlation			
CONSERVADORISMO	Coefficient	.084(**)	.035	.156(**)
	Sig. (2-tailed)	.005	.253	.000
	N	1098	1097	1099

** Correlação significativa para um nível de significância de 0.01.

Em cada célula, que relaciona as variáveis que nela se cruzam, apresenta-se o valor do coeficiente de correlação de Spearman e o valor da significância ou valor de prova do teste.

As correlações são assinaladas com (*) se forem significantes para um valor de referência de 5% - sendo então consideradas correlações normais - e assinaladas com (**) se forem significantes para um valor de referência de 1%, sendo então tidas como correlações fortes. As correlações assinalam-se a negrito na tabela.

Assinale-se que as correlações estatisticamente significantes podem ser positivas, o que significa que a um aumento de uma variável corresponde um aumento significativo da outra, ou negativas, o que representa que a um aumento de uma variável corresponde uma diminuição significativa da outra.

Tal como se pode observar, existe uma correlação estatisticamente significativa e forte entre os factores do EVAT e do MBI que a seguir se discriminam.

EVAT - Factor 1: AUTOTRASCENDENCIA com:

MBI - Factor 1: ESGOTAMENTO EMOCIONAL – negativa (-.101);

MBI - Factor 2: REALIZAÇÃO PESSOAL – positiva (.365);

MBI - Factor 3: DESPERSONALIZAÇÃO – negativa (-.204).

EVAT - Factor 2: ABERTURA Á MUDANÇA com:

MBI - Factor 1: ESGOTAMENTO EMOCIONAL – negativa (-.113);

MBI - Factor 2: REALIZAÇÃO PESSOAL – positiva (.327);

MBI - Factor 3: DESPERSONALIZAÇÃO – negativa (-.131).

EVAT - Factor 3: AUTOPROMOÇÃO com:

MBI - Factor 1: ESGOTAMENTO EMOCIONAL – positiva (.142);

MBI - Factor 2: REALIZAÇÃO PESSOAL – negativa (-.179);

MBI - Factor 3: DESPERSONALIZAÇÃO – positiva (.262).

EVAT - Factor 4: CONSERVADORISMO com:

MBI - Factor 1: ESGOTAMENTO EMOCIONAL – positiva (.084);

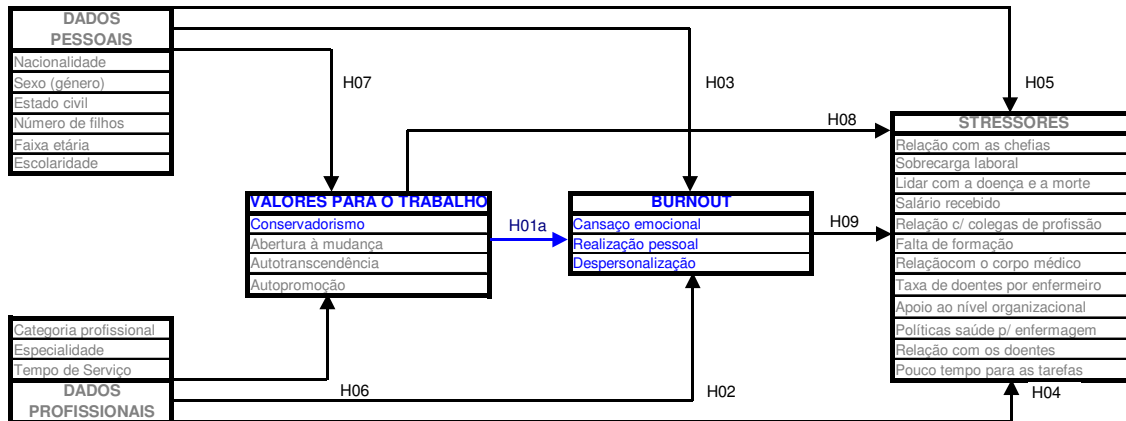
MBI - Factor 3: DESPERSONALIZAÇÃO – positiva (.156).

7.3.1.1. Análise da hipótese H01a

A figura seguinte destaca a cor azul as variáveis consideradas para a formulação e análise da hipótese H01a.

Figura 19 – Destaque do desenho metodológico para a dedução da hipótese H01a

H01a – Quanto maior o conservadorismo maior o burnout



O conservadorismo está relacionado, de forma positiva e estatisticamente significativa com o esgotamento emocional (valor de correlação de 0,084; valor de prova de 0,005) e a despersonalização (valor de correlação de 0,156; valor de prova de 0,000), para um nível de significância de 0.01, pelo que se pode afirmar que a um aumento do conservadorismo corresponde um aumento do esgotamento emocional e da despersonalização. Para estas duas dimensões do burnout, verifica-se a hipótese.

Já no que se refere à realização pessoal, constata-se que o conservadorismo não está relacionado de forma estatisticamente significativa com o factor realização pessoal / desrealização (valor de correlação de 0,035; valor de prova de 0,253), pelo que a um aumento do conservadorismo não corresponde um aumento da realização pessoal e, consequentemente não se concretiza a hipótese.

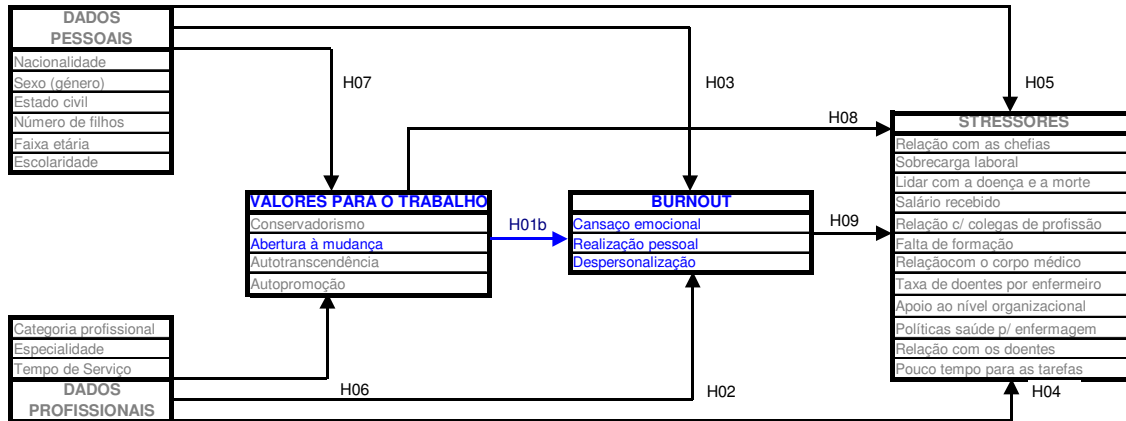
Ou seja, quanto maior a orientação axiológica para o valor conservadorismo, maior a propensão para o cansaço emocional e para a despersonalização. Ao contrário do que se esperava, a hipótese inicialmente formulada com base na relação hipotetizada por Bouckenooghe e cols. (2004) na procura de uma associação positiva do conservadorismo com o stress, confirma-se apenas parcialmente para estas duas dimensões do burnout.

7.3.1.2. Análise da hipótese H01b

Na figura seguinte, são destacadas a cor azul aquelas variáveis que integraram a formulação e análise da hipótese H01b.

Figura 20 – Destaque do desenho metodológico para a dedução da hipótese H01b

H01b – Quanto maior a abertura à mudança menor o burnout



A abertura à mudança está relacionada, de forma negativa e estatisticamente significativa, com o esgotamento emocional (valor de correlação de -0,113; valor de prova de 0,000) e a despersonalização (valor de correlação de -0,131; valor de prova de 0,000), para um nível de significância de 0.01, pelo que se pode afirmar que a um aumento da abertura à mudança corresponde uma diminuição do esgotamento emocional e da despersonalização. Para estas duas dimensões do burnout, confirma-se a hipótese.

A abertura à mudança está relacionada, de forma positiva e estatisticamente significativa, com a realização pessoal (valor de correlação de 0,327; valor de prova de 0,000), pelo que a um aumento da abertura à mudança corresponde um aumento da realização pessoal. Contudo, como é o pólo inverso deste factor (desrealização) que eleva o burnout, a relação obtida deve ser interpretada como negativa e estatisticamente significativa, pelo que se pode afirmar que para esta dimensão do burnout também se confirma a hipótese preconizada.

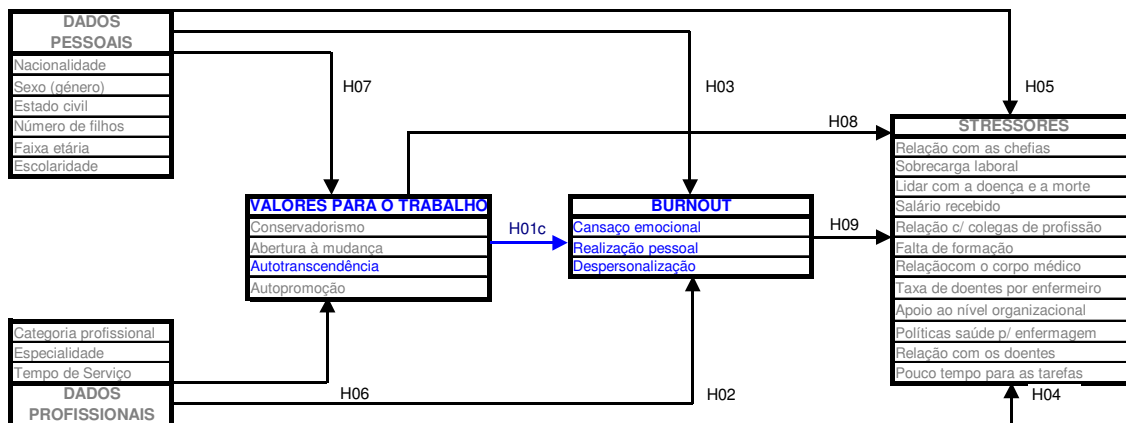
Ou seja, a hipótese formulada no sentido de procurar uma correlação negativa entre o valor abertura à mudança e o burnout – em vez do stress tal como referido nos trabalhos de Bouckennooghe e cols. (2004) –, confirma-se para todos os factores do MBI (cansaço emocional, desrealização e despersonalização).

7.3.1.3. Análise da hipótese H01c

A figura que se apresenta a seguir, destaca a cor azul aquelas variáveis que integraram a formulação da hipótese H01c e a consequente análise.

Figura 21 – Destaque do desenho metodológico para a dedução da hipótese H01c

H01c – Quanto maior a autotranscendência menor o burnout



A autotranscendência está relacionada, de forma negativa e estatisticamente significativa com o esgotamento emocional (valor de correlação de -0,101; valor de prova de 0,001) e a despersonalização (valor de correlação de -0,204; valor de prova de 0,000), para um nível de significância de 0.01, pelo que se pode dizer que a um aumento da autotranscendência corresponde uma diminuição do esgotamento emocional e da despersonalização. Para estas duas dimensões do burnout, verifica-se a hipótese.

Já no que se refere à realização pessoal, constata-se que a autotranscendência está relacionada de forma positiva e estatisticamente significativa com este factor (valor de correlação de 0,365; valor de prova de 0,000), pelo que podemos afirmar que a um aumento da autotranscendência corresponde um aumento da realização pessoal. Porém, como é o pólo inverso deste factor (desrealização) que se associa directamente ao

burnout, também esta dimensão se confirma para a hipótese - pois que a relação encontrada é negativa e estatisticamente significativa -, o que quer dizer que quanto maior a autotranscendência menor a desrealização.

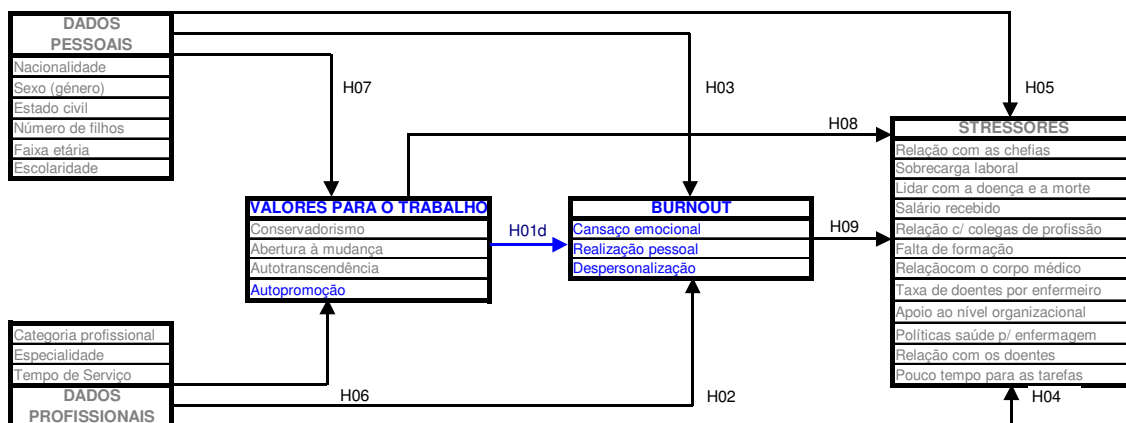
Mais uma vez, a hipótese formulada com base no pressuposto enunciado por Bouckennooghe e cols. (2004) do valor autotranscendência com o stress, no que se refere ao burnout, confirma-se para os três factores do MBI (cansaço emocional, desrealização e despersonalização).

7.3.1.4. Análise da hipótese H01d

A figura seguinte, evidencia a cor azul as diferentes variáveis que foram consideradas na formulação e análise da hipótese H01d.

Figura 22 – Destaque do desenho metodológico para a dedução da hipótese H01d

H01d – A autopromoção não se correlaciona significativamente com o burnout



A autopromoção está relacionada, de forma positiva e estatisticamente significativa com o esgotamento emocional (valor de correlação de 0,142; valor de prova de 0,000) e a despersonalização (valor de correlação de 0,262; valor de prova de 0,000), para um nível de significância de 0.01, pelo que se constata que a um aumento da autopromoção corresponde um aumento do esgotamento emocional e da despersonalização. Por outro lado, a autopromoção está relacionada de forma negativa e estatisticamente significativa com a realização pessoal (valor de correlação de -0,179;

valor de prova de 0,000), pelo que a um aumento da autopromoção corresponde uma diminuição da realização pessoal e um aumento da desrealização.

Ou seja, a hipótese não se confirma para nenhuma das dimensões do burnout, pois que se encontrou sempre uma relação significativa (positiva ou negativa) do valor autopromoção com qualquer um dos factores do MBI, ao contrário do que era de esperar tendo como referência os trabalhos de Bouckenooghe e cols (2004).

Encontrou-se contudo uma relação a ser aprofundada em trabalhos posteriores, pois que se verificou que uma maior autopromoção se reflecte num maior burnout, pelo aumento do cansaço emocional, da desrealização e da despersonalização.

7.3.2. Análise da hipótese H02

Esta hipótese procura estudar a relação dos diferentes dados profissionais (categoria profissional, especialidade e tempo de serviço) com os índices de burnout observados.

H02: Os dados profissionais originam diferentes índices de burnout (MBI)

H02a – A categoria profissional de enfermeiro apresenta um maior cansaço emocional do que as restantes categorias.

H02b – A especialidade de saúde mental e psiquiatria tem uma maior despersonalização do que as outras especialidades.

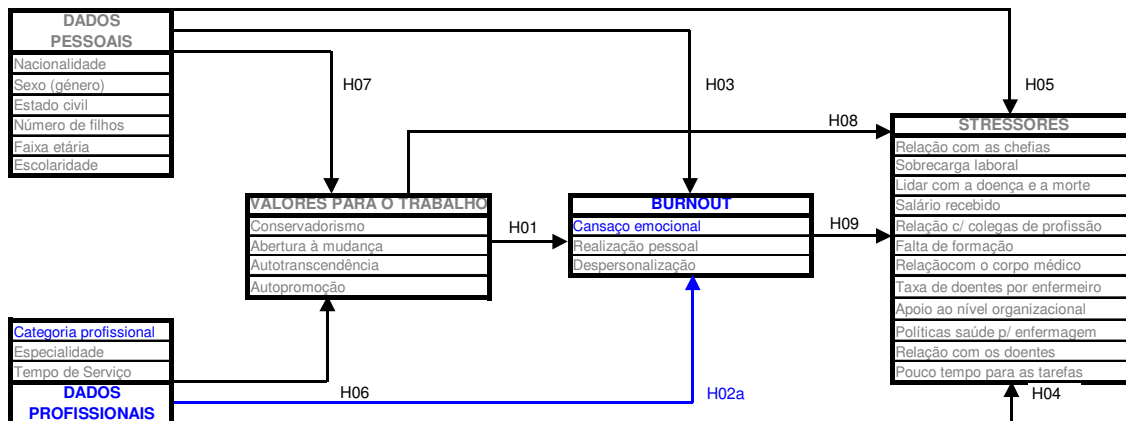
H02c – Os profissionais com menos de 2 anos de serviço têm uma maior realização pessoal.

7.3.2.1. Análise da hipótese H02a

Na figura seguinte, pode observar-se a cor azul as diferentes variáveis que integraram a formulação e análise da hipótese H02a.

Figura 23 – Destaque do desenho metodológico para a dedução da hipótese H02a

H02a – A categoria profissional de enfermeiro apresenta um maior cansaço emocional do que as restantes categorias



Por forma a permitir as inferências estatísticas com os testes utilizados, a variável categoria profissional foi recodificada. Basicamente as três últimas categorias profissionais (enfermeiro-chefe, enfermeiro supervisor e enfermeiro-director) foram agrupadas numa única, devido à sua reduzida dimensão, tal como se pode observar na tabela seguinte.

Tabela 64 - Recodificação das categorias profissionais (H02a)

Categoria Profissional	Frequência	Percentagem
Enfermeiro	603	54.8
Enfermeiro-Graduado	422	38.4
Enfermeiro-Especialista	49	4.5
Enfermeiro Chefe, Supervisor ou Director	25	2.3
Total	1099	99.9

Existe uma não resposta, que corresponde a 0,1% da amostra.

As três dimensões do MBI constituem variáveis quantitativas, pretendendo-se então estudar a relação com a variável categoria profissional, qualitativa e nominal com quatro categorias. Para realizar o cruzamento entre uma variável qualitativa e variáveis quantitativas, estas podem ser determinadas pelos valores médios obtidos para cada classe da variável qualitativa, sendo o teste de hipóteses adequado a ANOVA, que não é mais do que uma extensão do teste t de Student, para variáveis com mais do que duas classes, quando se cumpre o pressuposto da normalidade ou para amostras de grande dimensão. A questão central reside então em saber se a população tem, ou não, médias iguais, ou seja, se a variável quantitativa apresenta os mesmos valores médios para as várias categorias da variável qualitativa.

Sendo a ANOVA um teste paramétrico, exige que as variáveis em estudo provenham de amostras grandes ou, caso contrário, que apresentem uma distribuição normal, o que será verificado posteriormente, pois que a amostra apresenta grupos com pequena dimensão. O teste ANOVA reside em:

- H_0 : As médias da variável quantitativa nas categorias da variável qualitativa são iguais.
- H_1 : As médias da variável quantitativa nas categorias da variável qualitativa são diferentes.

O resultado do teste à homogeneidade de variâncias é extremamente importante no procedimento da ANOVA, uma vez que permite verificar um pressuposto (igualdade de variâncias nas categorias da variável qualitativa) que tem de ser cumprido para validar a análise subsequente. Este teste consiste em verificar se as variâncias podem ser consideradas iguais nas várias categorias do factor, colocando as seguintes hipóteses:

- H_0 : As variâncias da variável quantitativa são iguais nas categorias da variável qualitativa.
- H_1 : As variâncias da variável quantitativa são diferentes nas categorias da variável qualitativa.

Tabela 65 - Teste da homogeneidade de variâncias (H02a)

	Levene Statistic	df1	df2	Sig.
MBI - Factor 1: ESGOTAMENTO EMOCIONAL	.308	3	1094	.820
MBI - Factor 2: REALIZAÇÃO PESSOAL	4.673	3	1093	.003
MBI - Factor 3: DESPERSONALIZAÇÃO	.411	3	1095	.745

Conforme se pode observar na tabela 65, confirma-se o pressuposto da homogeneidade das variâncias - em que o valor de prova superior a 5% implica não rejeitar a hipótese nula -, para o esgotamento ou cansaço emocional (valor de prova .820) e para a despersonalização (valor de prova .745). Contudo, tal não acontece para a realização pessoal que apresenta um valor de prova igual a .003 e portanto inferior a 5%. Quando se verifica o pressuposto, a ANOVA é adequada, quando não se verifica, os seus resultados terão de ser confirmados pelo teste não paramétrico análogo.

Tabela 66 - Teste Anova a três factores (MBI) para H02a

		Sum of Squares	Df	Mean Square	F	Sig.
MBI - Factor 1: ESGOTAMENTO EMOCIONAL	Between Groups	5.261	3	1.754	1.622	.182
	Within Groups	1182.384	1094	1.081		
	Total	1187.644	1097			
MBI - Factor 2: REALIZAÇÃO PESSOAL	Between Groups	16.892	3	5.631	6.461	.000
	Within Groups	952.562	1093	.872		
	Total	969.454	1096			
MBI - Factor 3: DESPERSONALIZAÇÃO	Between Groups	.852	3	.284	.297	.827
	Within Groups	1046.066	1095	.955		
	Total	1046.917	1098			

A Anova permite verificar as hipóteses anteriormente definidas. Convém porém referir que quando o valor de prova é inferior a 5%, se rejeita a hipótese de que as médias da dimensão sejam iguais para as várias categorias da categoria profissional e, que quando é superior a 5%, não se rejeita a hipótese nula.

Uma vez que o valor de prova é superior a 5% para o esgotamento emocional (.182) e para a despersonalização (.827), aceita-se a hipótese da média destas dimensões ser igual para todas as categorias da categoria profissional, pois que não se verificam diferenças significativas. Contudo, o valor de prova é inferior a 5% para o realização pessoal (.000), pelo que se rejeita a hipótese da média desta dimensão ser igual para todas as categorias da categoria profissional, em que se verificam diferenças significativas.

Para aplicar um teste estatístico paramétrico, já se referiu anteriormente que é necessário verificar o pressuposto da normalidade das distribuições das variáveis com o teste K-S, que pode ser observada na tabela seguinte.

Considerando que para que se possa aplicar um teste paramétrico, tem que verificar-se H_0 para todas as classes da variável qualitativa, o que neste caso não sucede, pois que em todas as dimensões existe pelo menos uma classe com valor de prova inferior a 5% - duas classes no esgotamento emocional, três na realização pessoal e três na despersonalização -, resulta que se rejeita para todos os factores a hipótese nula.

Tabela 67 - Estudo da normalidade das distribuições das categorias profissionais (teste K-S) para H02a

		Kolmogorov-Smirnov(a)		
		Statistic	df	Sig.
MBI - Factor 1: ESGOTAMENTO EMOCIONAL	Enfermeiro	.085	600	.000
	Enfermeiro-Graduado	.097	422	.000
	Enfermeiro-Especialista	.096	49	.200(*)
	Enfermeiro-Chefe, -Supervisor ou – Director	.139	25	.200(*)
MBI - Factor 2: REALIZAÇÃO PESSOAL	Enfermeiro	.104	600	.000
	Enfermeiro-Graduado	.090	422	.000
	Enfermeiro-Especialista	.129	49	.040
	Enfermeiro-Chefe, -Supervisor ou – Director	.108	25	.200(*)
MBI - Factor 3: DESPERSONALIZAÇÃO	Enfermeiro	.104	600	.000
	Enfermeiro-Graduado	.133	422	.000
	Enfermeiro-Especialista	.146	49	.011
	Enfermeiro-Chefe, -Supervisor ou – Director	.148	25	.164

a Correção de significância de Lilliefors

* Limite inferior da verdadeira significância.

Quando não se verifica o pressuposto da homogeneidade de variâncias ou o pressuposto da normalidade, em vez do teste paramétrico Anova tem de aplicar-se o teste não paramétrico equivalente, o teste de Kruskal-Wallis, que testa a igualdade das medianas para todos os grupos. O teste de Kruskal-Wallis coloca as seguintes hipóteses:

- H_0 : Não existe diferença entre as medianas das variáveis, para cada um dos grupos.
- H_1 : Existe diferença entre as medianas das variáveis, para cada um dos grupos.

No caso de o valor de prova ser superior ao valor de referência de 5%, não se rejeita a hipótese nula, caso contrário rejeita-se e aceita-se a hipótese alternativa. A tabela seguinte apresenta os resultados do teste de Kruskal-Wallis, assinalando-se a vermelho os itens que apresentam diferenças com significado para os vários grupos.

Tabela 68 - Resultados do Teste de Kruskal-Wallis (H02a)

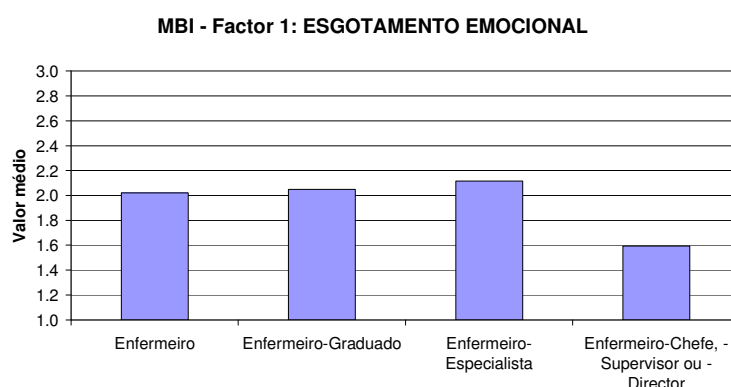
	Chi-Square	df	Asymp. Sig.
MBI - Factor 1: ESGOTAMENTO EMOCIONAL	5.28	3	0.152
MBI - Factor 2: REALIZAÇÃO PESSOAL	17.47	3	0.001
MBI - Factor 3: DESPERSONALIZAÇÃO	0.62	3	0.892

Para um valor de prova inferior a 5%, rejeita-se a hipótese da mediana ser igual para todas as categorias da categoria profissional, pelo que o valor de prova de 0.001 confirma a existência de diferenças significativas para o factor 2 a que corresponde a realização pessoal. Os resultados da ANOVA são confirmados para todos os factores.

O conjunto de gráfico que se passa a apresentar, refere-se aos valores médios de cada uma das dimensões do MBI (esgotamento emocional, realização pessoal e despersonalização) face às diferentes categorias profissionais, em que as diferenças não significativas e significativas são ilustradas através dos seus valores médios.

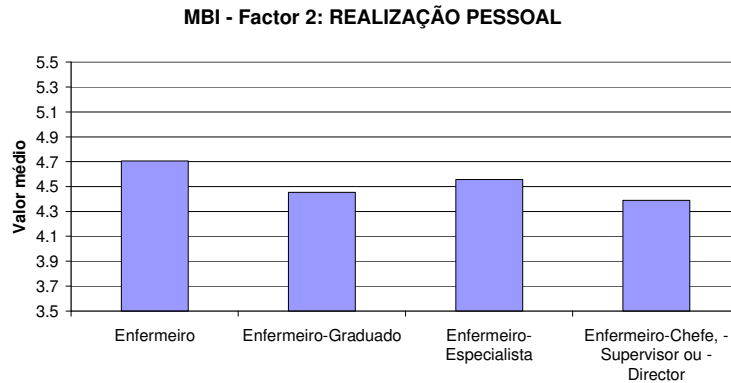
Ao contrário do que seria de esperar de acordo com os pressupostos baseados nos estudos de Codo e Vasques-Menezes (2000), Cordes e Dougherty (1993), Maslach e Jackson (1986), Maslach e Leiter (1988 / 1997), Van Staa, 2000, na amostra constituída o esgotamento ou cansaço emocional apresenta valores médios ligeiramente superiores para os enfermeiros especialistas, aos valores dos enfermeiros e enfermeiros graduados. Os enfermeiros chefe, supervisor ou director representam as categorias profissionais com os valores médios mais baixos. No entanto, estas diferenças observadas não são estatisticamente significativas.

Gráfico 43 - Valores médios do esgotamento emocional pelas diferentes categorias profissionais (H02a)



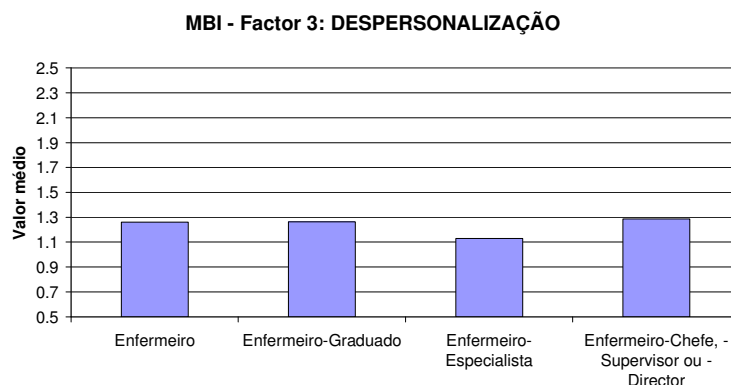
Ou seja, a hipótese H02a é infirmada, uma vez que a categoria profissional de enfermeiro não apresenta um cansaço ou esgotamento emocional maior do que as restantes categorias, pelo que se infere que a categoria profissional de enfermeiro não apresenta uma relação estatisticamente significativa com o esgotamento emocional.

Gráfico 44 - Valores médios da realização pessoal pelas diferentes categorias profissionais (resultado indirecto de H02a)



Muito embora esta relação não tenha sido hipotetizada, a realização pessoal apresenta valores médios superiores para os enfermeiros e valores inferiores para os enfermeiros graduados e enfermeiros chefe, supervisor ou director - sendo as diferenças observadas estatisticamente significativas -, pelo que se pode concluir que a categoria profissional de enfermeiro apresenta uma maior realização profissional que as restantes categorias, especialmente os enfermeiros graduados e enfermeiros chefe, supervisor ou director.

Gráfico 45 - Valores médios da despersonalização pelas diferentes categorias profissionais (resultado indirecto de H02a)



Já no que respeita à despersonalização, constata-se que esta dimensão do MBI apresenta valores médios ligeiramente superiores para os enfermeiros chefe, supervisor ou director e enfermeiros graduados, e valores inferiores para os enfermeiros especialistas, no entanto, estas diferenças observadas não são estatisticamente

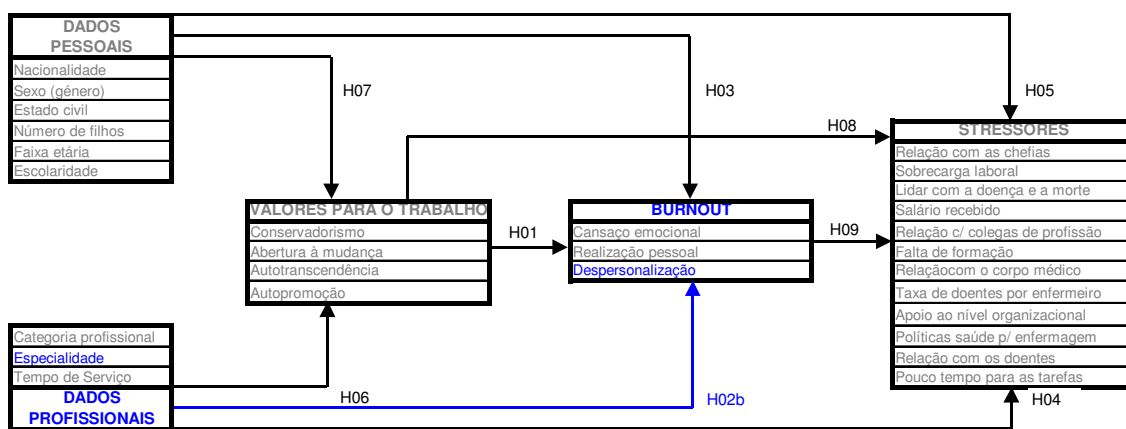
significativas. Ou seja, a categoria profissional de enfermeiro não apresenta uma relação estatisticamente significativa com a despersonalização.

7.3.2.2. Análise da hipótese H02b

A figura que se apresenta a seguir, destaca a cor azul as diferentes variáveis que foram ponderadas na formulação e análise da hipótese H02b.

Figura 24 – Destaque do desenho metodológico para a dedução da hipótese H02b

H02b – A especialidade de saúde mental e psiquiatria tem uma maior despersonalização do que as outras especialidades



Para realizar o cruzamento entre estas variáveis, utiliza-se a Anova. Como se pode constatar pela leitura da tabela 69, confirma-se o pressuposto da homogeneidade das variâncias – em que o valor de prova superior a 5% implica não rejeitar a hipótese nula -, para a realização pessoal (valor de prova .505) e para a despersonalização (valor de prova .466). O mesmo não se verifica para o esgotamento ou cansaço emocional em que o valor de prova .024 é inferior a 5%.

Tabela 69 - Teste da homogeneidade de variâncias (H02b)

	Levene Statistic	df1	df2	Sig.
MBI - Factor 1: ESGOTAMENTO EMOCIONAL	2.710	5	108	.024
MBI - Factor 2: REALIZAÇÃO PESSOAL	.869	5	108	.505
MBI - Factor 3: DESPERSONALIZAÇÃO	.929	5	108	.466

Tal como anteriormente referido, quando se confirma o pressuposto a Anova é considerada adequada, e, quando este não se verifica, os seus resultados terão de ser confirmados pelo teste não paramétrico análogo.

Dado que o teste Anova permite verificar as hipóteses anteriormente definidas, o facto do valor de prova ser superior a 5% para o factor 2 (realização pessoal, valor de prova .093) e para o factor 3 (despersonalização, valor de prova .166), faz com que se aceite a hipótese da média destas dimensões ser igual para todas as classes da especialidade, pelo que não se verificam diferenças significativas.

Já o valor de prova inferior a 5% para o factor 1 (esgotamento emocional, valor de prova .002), resulta na rejeição de a hipótese da média desta dimensão ser igual para todas as categorias da especialidade, pelo que se verificam diferenças significativas.

Tabela 70 - Teste Anova a três factores (MBI) para H02b

		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
MBI - Factor 1: ESGOTAMENTO EMOCIONAL	Between Groups	22.011	5	4.402	4.045	.002
	Within Groups	117.528	108	1.088		
	Total	139.539	113			
MBI - Factor 2: REALIZAÇÃO PESSOAL	Between Groups	10.527	5	2.105	1.940	.093
	Within Groups	117.183	108	1.085		
	Total	127.710	113			
MBI - Factor 3: DESPERSONALIZAÇÃO	Between Groups	7.744	5	1.549	1.600	.166
	Within Groups	104.565	108	.968		
	Total	112.309	113			

Para aplicar um teste estatístico paramétrico, como já se constatou é necessário verificar o pressuposto da normalidade das distribuições das variáveis com o teste K-S, de acordo com as hipóteses atrás definidas, tal como se pode observar na tabela 71.

Uma vez que para a aplicação de um teste paramétrico, tem que verificar-se H_0 para todas as classes da variável qualitativa, o que neste caso não se verifica para os factores 2 (realização pessoal) e 3 (despersonalização), em que existe pelo menos uma classe com valor de prova inferior a 5%, rejeita-se a hipótese nula para estes factores.

Tabela 71 - Estudo da normalidade das distribuições das especialidades (teste K-S) para H02b

		Kolmogorov-Smirnov(a)		
		Statistic	df	Sig.
MBI - Factor 1: ESGOTAMENTO EMOCIONAL	Saúde Materna e Obstetrícia	.186	10	.200(*)
	Médico Cirúrgica	.103	41	.200(*)
	Reabilitação	.178	17	.158
	Saúde Mental e Psiquiátrica	.097	15	.200(*)
	Saúde Infantil e Pediatria	.239	8	.198
	Enfermagem Comunitária	.172	23	.075
MBI - Factor 2: REALIZAÇÃO PESSOAL	Saúde Materna e Obstetrícia	.404	10	.000
	Médico Cirúrgica	.127	41	.096
	Reabilitação	.148	17	.200(*)
	Saúde Mental e Psiquiátrica	.142	15	.200(*)
	Saúde Infantil e Pediatria	.221	8	.200(*)
	Enfermagem Comunitária	.139	23	.200(*)
MBI - Factor 3: DESPERSONALIZAÇÃO	Saúde Materna e Obstetrícia	.327	10	.003
	Médico Cirúrgica	.221	41	.000
	Reabilitação	.236	17	.012
	Saúde Mental e Psiquiátrica	.192	15	.143
	Saúde Infantil e Pediatria	.149	8	.200(*)
	Enfermagem Comunitária	.179	23	.053

a Correção de significância de Lilliefors

* Limite inferior da verdadeira significância.

O teste paramétrico será então confirmado pelo teste não paramétrico equivalente.

Tabela 72 - Resultados do Teste de Kruskal-Wallis (H02b)

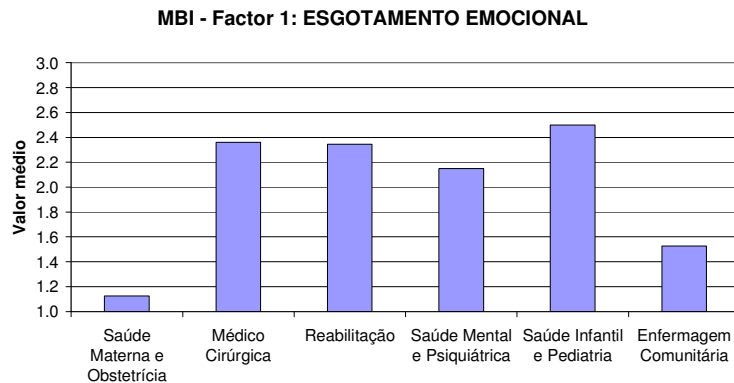
	Chi-Square	df	Asymp. Sig.
MBI - Factor 2: REALIZAÇÃO PESSOAL	11.39	5	0.044
MBI - Factor 3: DESPERSONALIZAÇÃO	10.47	5	0.063

Quando o valor de prova é inferior a 5%, rejeita-se a hipótese da mediana ser igual para todas as classes ou categorias da especialidade.

Por outro lado, observam-se diferenças significativas para o factor 2, em que a realização pessoal exibe um valor de prova de 0.044, pelo que os resultados da Anova não são confirmados para este factor.

De seguida, ilustram-se as diferenças não significativas e significativas através da representação gráfica dos seus valores médios, e apresenta-se ainda a consequente análise da hipótese H02b.

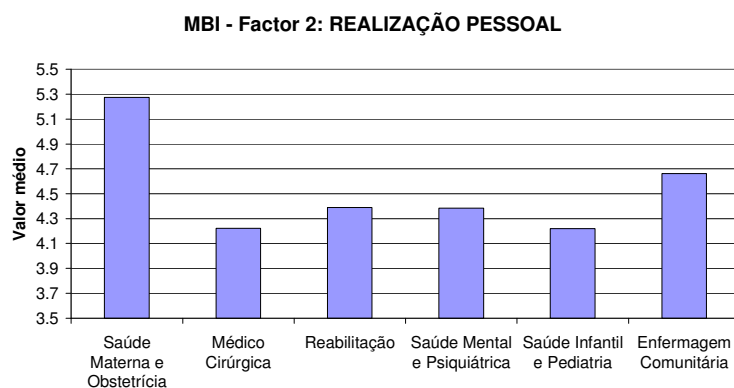
Gráfico 46 - Valores médios do esgotamento emocional pelas diferentes especialidades (resultado indirecto de H02b)



Com base no gráfico acima representado, verifica-se que o esgotamento emocional apresenta valores médios inferiores para as especialidades de saúde materna e obstetrícia e de enfermagem comunitária, e tem valores superiores para a saúde infantil e pediatria. Curiosamente, a especialidade de saúde mental e psiquiátrica exibe um valor médio inferior ao de três outras especialidades.

Estas diferenças observadas são estatisticamente significativas entre as quatro especialidades com valores superiores e as duas especialidade com valores inferiores, podendo então concluir-se que as especialidades de saúde materna e obstetrícia e de enfermagem comunitária são aquelas que têm um menor esgotamento emocional.

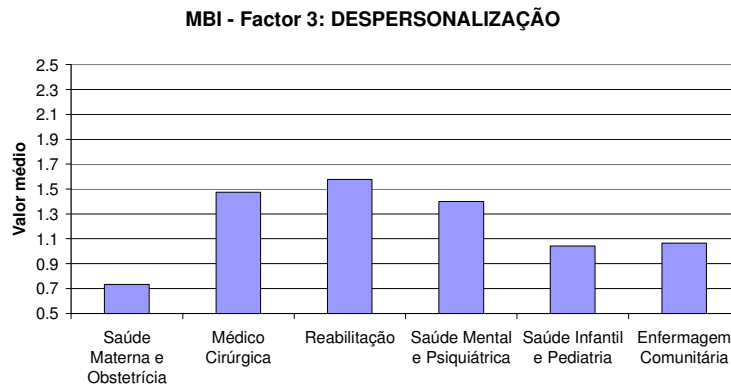
Gráfico 47 - Valores médios da realização pessoal pelas diferentes especialidades (resultado indirecto de H02b)



Da observação do gráfico anterior, infere-se que a realização pessoal exibe valores médios superiores, primeiro, para a especialidade de saúde materna e obstetrícia, segundo, para a enfermagem comunitária, e assim sucessivamente até à especialidade médico cirúrgica, que tem os valores mais baixos.

Uma vez que as diferenças observadas são estatisticamente significativas, conclui-se que a especialidade de saúde materna e obstetrícia e a de enfermagem comunitária, respectivamente, são aquelas em que os profissionais apresentam uma maior realização pessoal.

Gráfico 48 - Valores médios da despersonalização pelas diferentes especialidades (H02b)



O gráfico anterior elucida a análise da hipótese H02b, observando-se que na amostra constituída, o factor ou dimensão a que corresponde a despersonalização apresenta valores médios superiores respectivamente para as especialidades de reabilitação, médico cirúrgica e apenas depois para a especialidade de saúde mental e psiquiátrica, sendo que os valores inferiores se registam ao nível da saúde materna e obstetrícia, no entanto, estas diferenças observadas não são estatisticamente significativas.

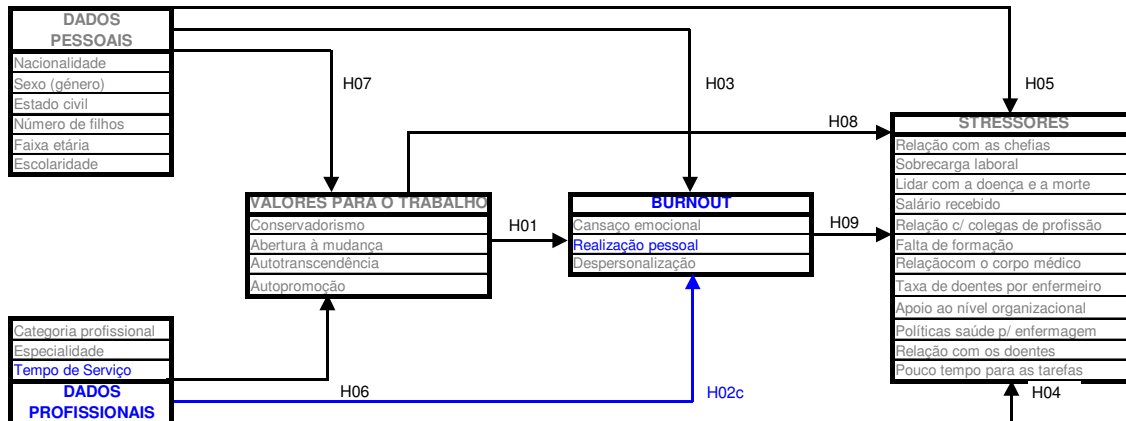
Assim, ao contrário do que se esperava de acordo com a relação apontada por Townsend (2002), a hipótese H02b não se confirma, uma vez que a especialidade de saúde mental e psiquiátrica não apresenta uma relação estatisticamente significativa com a despersonalização.

7.3.2.3. Análise da hipótese H02c

A figura seguinte, apresenta a cor azul as diferentes variáveis que foram consideradas para a formulação e análise da hipótese H02c.

Figura 25 – Destaque do desenho metodológico para a dedução da hipótese H02c

H02c – Os profissionais com menos de 2 anos de serviço têm uma maior realização pessoal



Considerando a média de anos de serviço encontrada na amostra inquirida, optou-se por recodificar a variável tempo de serviço, tendo sido agrupadas numa única classe (> 15 anos) os tempos de serviço superiores a quinze anos, para assim as classes terem dimensões mais semelhantes, conforme se pode observar na tabela seguinte.

Tabela 73 - Recodificação do tempo de serviço (H02c)

	Frequência	Percentagem
< 2 anos	265	24.1
2 a 5 anos	246	22.4
6 a 10 anos	238	21.6
11 a 15 anos	166	15.1
> 15 anos	185	16.8
Total	1100	100.0

Verifica-se o pressuposto da homogeneidade das variâncias (valor de prova superior a 5%, o que implica não rejeitar a hipótese nula) para os factores 1 (esgotamento emocional, valor de prova .403) e 3 (despersonalização, valor de prova .200). Esta mesma homogeneidade não se confirma para o factor 2, em que o valor de prova .001 da realização pessoal é inferior a 5%.

Tabela 74 - Teste da homogeneidade de variâncias (H02c)

	Levene Statistic	df1	df2	Sig.
MBI - Factor 1: ESGOTAMENTO EMOCIONAL	1.006	4	1094	.403
MBI - Factor 2: REALIZAÇÃO PESSOAL	4.615	4	1093	.001
MBI - Factor 3: DESPERSONALIZAÇÃO	1.499	4	1095	.200

Tal como tem sido referido, quando se verifica o pressuposto, o teste Anova revela-se adequado – pois que permite verificar as hipóteses anteriormente definidas -, e quando não se verifica, os seus resultados terão de ser confirmados pelo teste não paramétrico análogo.

Tabela 75 - Teste Anova a três factores (MBI) para H02c

		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
MBI - Factor 1: ESGOTAMENTO EMOCIONAL	Between Groups	18.301	4	4.575	4.253	.002
	Within Groups	1176.757	1094	1.076		
	Total	1195.057	1098			
MBI - Factor 2: REALIZAÇÃO PESSOAL	Between Groups	24.265	4	6.066	6.986	.000
	Within Groups	949.063	1093	.868		
	Total	973.329	1097			
MBI - Factor 3: DESPERSONALIZAÇÃO	Between Groups	13.144	4	3.286	3.475	.008
	Within Groups	1035.318	1095	.945		
	Total	1048.462	1099			

Uma vez que o valor de prova é inferior a 5% para todos os factores (esgotamento emocional, valor de prova .002; realização pessoal, valor de prova .000; despersonalização, valor de prova .008), rejeita-se a hipótese da média das dimensões ser igual para todas as categorias do tempo de serviço, ou seja, verificam-se diferenças significativas.

Tabela 76 - Estudo da normalidade das distribuições do tempo de serviço (teste K-S) para H02c

		Kolmogorov-Smirnov(a)		
		Statistic	df	Sig.
MBI - Factor 1: ESGOTAMENTO EMOCIONAL	< 2 anos	.104	265	.000
	2 a 5 anos	.102	245	.000
	6 a 10 anos	.070	238	.007
	11 a 15 anos	.130	166	.000
	> 15 anos	.071	185	.025
MBI - Factor 2: REALIZAÇÃO PESSOAL	< 2 anos	.117	263	.000
	2 a 5 anos	.097	246	.000
	6 a 10 anos	.097	238	.000
	11 a 15 anos	.113	166	.000
	> 15 anos	.078	185	.009
MBI - Factor 3: DESPERSONALIZAÇÃO	< 2 anos	.116	265	.000
	2 a 5 anos	.123	246	.000
	6 a 10 anos	.127	238	.000
	11 a 15 anos	.127	166	.000
	> 15 anos	.111	185	.000

a Correção de significância de Lilliefors

* Limite inferior da verdadeira significância.

Dado que é necessário verificar o pressuposto da normalidade das distribuições das variáveis com o teste K-S, para aplicar um teste estatístico paramétrico, procede-se com a análise do teste Kolmogorov-Smirnov(a), tal como se apresentou na tabela 76.

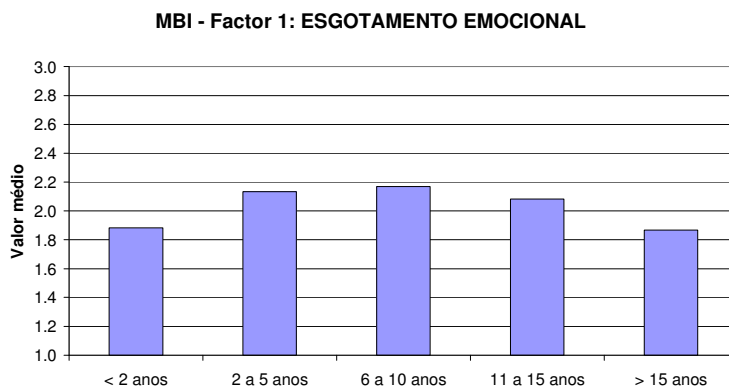
Para que se possa aplicar um teste paramétrico, tem que verificar-se H_0 para todas as classes da variável qualitativa, o que neste caso não se verifica para todos os factores, pois que todos os valores de prova, sem excepção, são inferiores a 5%, pelo que se rejeita para estes factores a hipótese nula. O teste paramétrico será confirmado pelo teste não paramétrico equivalente.

Tabela 77 - Resultados do Teste de Kruskal-Wallis (H02c)

	Chi-Square	df	Asymp. Sig.
MBI - Factor 1: ESGOTAMENTO EMOCIONAL	14.43	4	0.006
MBI - Factor 2: REALIZAÇÃO PESSOAL	26.22	4	0.000
MBI - Factor 3: DESPERSONALIZAÇÃO	11.90	4	0.018

Como os valores de prova do teste de Kruskal-Wallis são sempre inferiores a 5% (esgotamento emocional, valor de prova 0.006; realização pessoal, valor de prova 0.000; despersonalização, 0.018), rejeita-se a hipótese da mediana ser igual para todas as categorias do tempo de serviço, o que indica que existem diferenças significativas para todos os factores, conforme se ilustra nos gráficos seguintes através dos seus valores médios. Os resultados da ANOVA são confirmados.

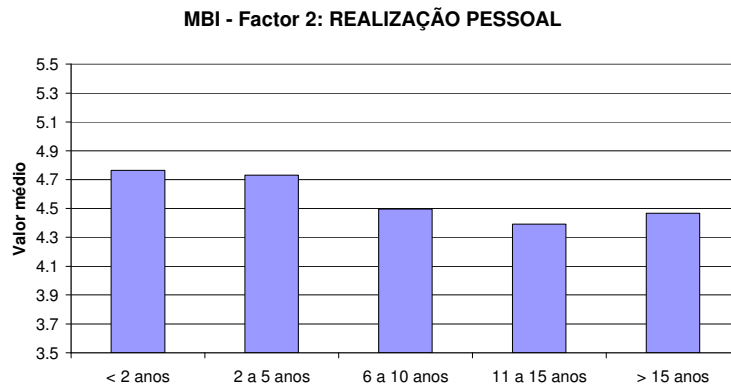
Gráfico 49 - Valores médios do esgotamento emocional para o tempo de serviço (estudo indirecto de H02c)



No gráfico apresentado, verifica-se que o esgotamento emocional tem valores médios inferiores para os tempos de serviço < 2 anos e > 15 anos, sendo que a

observação destas diferenças é estatisticamente significativa. Ou seja, o início e o final da carreira são os dois períodos da vida profissional que evidenciam um menor esgotamento emocional.

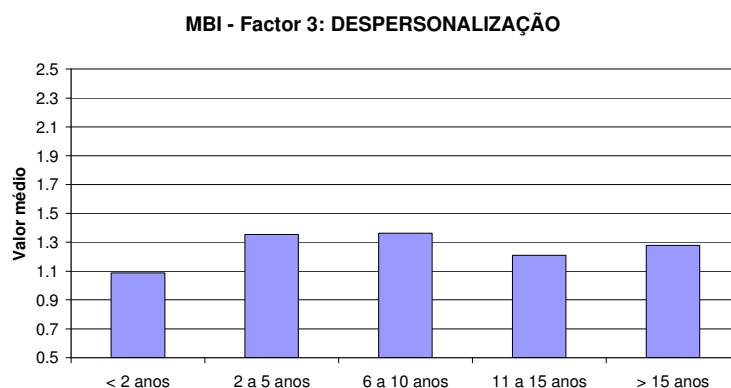
Gráfico 50 - Valores médios da realização pessoal para o tempo de serviço (H02c)



O gráfico anterior permite concluir que a realização profissional diminui com o aumento do tempo de serviço, tendência que é contrariada apenas para aqueles profissionais com um maior tempo de serviço. As diferenças observadas são estatisticamente significativas.

Ou seja, confirma-se a hipótese H02c baseada nos pressupostos de Maslach e Leiter (1997), pois que os profissionais com menos de 2 anos de serviço são os que evidenciam uma maior realização pessoal.

Gráfico 51 - Valores médios da despersonalização para o tempo de serviço (estudo indirecto de H02c)



Já no que se refere à despersonalização, verifica-se que esta exhibe valores médios inferiores para o tempo de serviço inferior a 2 anos, apresentando valores médios superiores para o tempo de serviço entre 2 e 10 anos, sendo as diferenças observadas estatisticamente significativas.

Ou seja, o processo de despersonalização começa a instalar-se de um modo nem sempre linear com o avançar dos anos de serviço, sendo esta a razão por que o tempo de serviço menor que 2 anos é o que apresenta menor despersonalização.

7.3.3. Análise da hipótese H03

Esta hipótese procura compreender as diferentes relações que existem entre alguns dados pessoais (sexo, estado civil, número de filhos, idade e escolaridade) e o burnout avaliado pelo MBI.

H03: Os dados pessoais reflectem-se em diferentes índices de burnout (MBI)

H03a – Os profissionais do sexo masculino têm uma maior despersonalização.

H03b – Os estados civis de casado ou junto apresentam menores índices de burnout do que os outros.

H03c – Quanto maior o número de filhos maior o cansaço emocional.

H03d – Na idade de até aos 25 anos a realização pessoal é maior do que nas outras.

H03e – Quanto maior a escolaridade maior a realização pessoal.

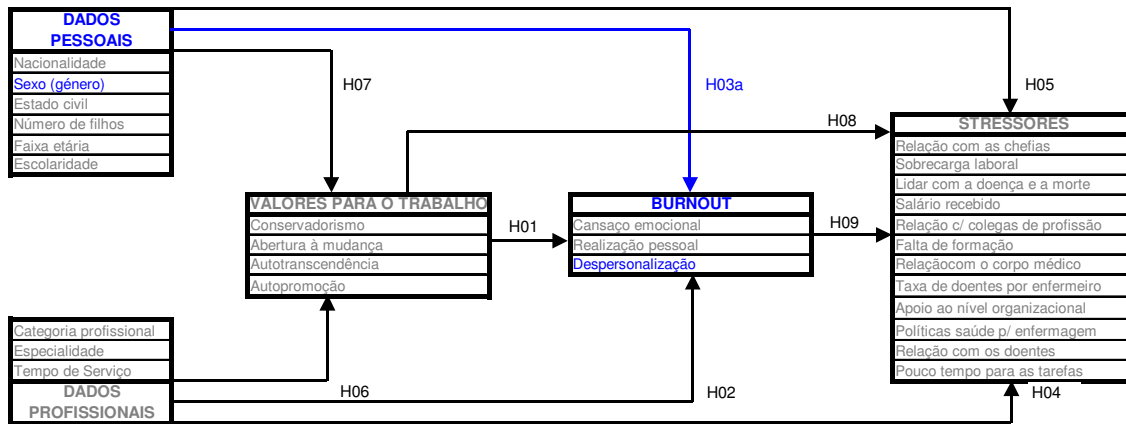
7.3.3.1. Análise da hipótese H03a

A figura 26 destaca a cor azul a relação que se procura estudar na hipótese formulada, observando-se ainda as variáveis investigadas também a cor azul.

As dimensões do MBI traduzem-se em variáveis quantitativas, cuja relação se pretende estudar com a variável sexo, que é nominal e dicotómica.

Figura 26 – Destaque do desenho metodológico para a dedução da hipótese H03a

H03a – Os profissionais do sexo masculino têm uma maior despersonalização



Para realizar o cruzamento entre as dimensões do MBI e a variável sexo pode utilizar-se o teste paramétrico *t de Student*, por forma a verificar a significância das diferenças entre os valores médios observadas para ambos os grupos, tal como se pode observar resumidamente na tabela apresentada.

Tabela 78 - Teste *t* de Student para o cruzamento do MBI com o sexo (H03a)

		Levene's Test		t-test for Equality of Means		
		F	Sig.	t	Df	Sig.
MBI - Factor 1: ESGOTAMENTO EMOCIONAL	Equal variances assumed	.022	.882	.814	1097	.416
	Equal variances not assumed			.834	441.221	.405
MBI - Factor 2: REALIZAÇÃO PESSOAL	Equal variances assumed	.593	.441	.269	1096	.788
	Equal variances not assumed			.271	425.428	.787
MBI - Factor 3: DESPERSONALIZAÇÃO	Equal variances assumed	1.441	.230	5.717	1098	.000
	Equal variances not assumed			5.506	400.916	.000

O teste *t* é sempre antecedido por um teste de hipóteses à igualdade das variâncias em cada um dos grupos, que é o teste de Levene que coloca as seguintes hipóteses:

- H_0 : A variância (desvio padrão) é igual para ambos os grupos.
- H_1 : A variância (desvio padrão) é diferente para os dois grupos.

Na essência, quando o valor de prova deste teste (Levene) é superior ao valor de referência de 5%, não se rejeita a hipótese nula, caso contrário rejeita-se e aceita-se a

hipótese alternativa. Já quando o valor de prova é superior a 5% (a verde) não se rejeita H_0 e consideram-se as variâncias iguais para os dois grupos (*equal variances assumed*). Por último, nos casos em que o valor de prova é inferior a 5% (a azul, quando ocorrer) não se rejeita H_0 e consideram-se as variâncias iguais para os dois grupos (*equal variances not assumed*).

Estes resultados são considerados para a análise do teste t, em que se considera a linha superior ou a linha inferior, consoante as variâncias se consideram iguais ou não, respectivamente. No presente caso, considera-se a linha superior para *equal variances assumed* (assinaladas a negrito). O teste t coloca as seguintes hipóteses:

- H_0 : Não existe diferença entre as médias das dimensões, para cada um dos grupos.
- H_1 : Existe diferença entre as médias das dimensões, para cada um dos grupos.

No que se refere ao teste t, para o valor de prova superior a 5%, aceita-se a hipótese nula, ou seja, não há diferenças entre os dois grupos. Para o valor de prova inferior a 5%, rejeita-se a hipótese nula de a média ser igual para os dois grupos, ou seja, aceita-se que há diferenças entre os dois grupos. Por outro lado, quando o valor de prova é superior a 5%, aceita-se H_0 e rejeita-se H_1 , considerando-se que não existem diferenças estatisticamente significativas entre os dois sexos para os factores 1 e 2, enquanto que para o caso do valor de prova ser inferior a 5%, rejeita-se H_0 e aceita-se H_1 , pois que se considera que existem diferenças estatisticamente significativas entre os dois sexos para o factor 3.

Para aplicar um teste estatístico paramétrico, é necessário verificar o pressuposto da normalidade, com o teste K-S, conforme se pode observar na tabela 79.

Tabela 79 - Estudo da normalidade das distribuições do sexo (teste K-S) para H03a

		K-S (a)		
		Statistic	Df	Sig.
MBI - Factor 1: ESGOTAMENTO EMOCIONAL	Masculino	.066	257	.009
	Feminino	.094	842	.000
MBI - Factor 2: REALIZAÇÃO PESSOAL	Masculino	.116	256	.000
	Feminino	.087	842	.000
MBI - Factor 3: DESPERSONALIZAÇÃO	Masculino	.105	257	.000
	Feminino	.113	843	.000

a Correção de significância de Lilliefors

* Limite inferior da verdadeira significância.

Para que se possa aplicar um teste paramétrico, tem que verificar-se H_0 para todas as classes da variável qualitativa o que, neste caso, não se observa para todos os factores, pois os valores de prova são inferiores a 5%, pelo que se rejeita para estes factores a hipótese nula. O teste paramétrico será confirmado pelo teste não paramétrico equivalente.

O teste t, sendo um teste paramétrico, exige que se cumpra o pressuposto da normalidade, o que não sucede. Por esse motivo, deve ser aplicado o teste de Mann-Whitney, que é o teste não paramétrico equivalente, que testa a igualdade das medianas em ambos os grupos.

Para realizar o cruzamento entre estas variáveis, recorre-se então ao teste de Mann-Whitney, que permite comparar os valores medianos da escala em cada um dos grupos, pois que este teste coloca as seguintes hipóteses:

- H_0 : Não existe diferença entre a mediana das dimensões, para cada um dos grupos.
- H_1 : Existe diferença entre a mediana das dimensões, para cada um dos grupos.

Quando o valor de prova é superior ao valor de referência de 5%, não se rejeita a hipótese nula, caso contrário rejeita-se e aceita-se a hipótese alternativa. Na tabela que se segue apresentam-se os resultados do teste de Mann-Whitney, assinalando-se a negrito os valores de prova.

Tabela 80 - Teste de Mann-Whitney para o cruzamento do MBI com o sexo (H03a)

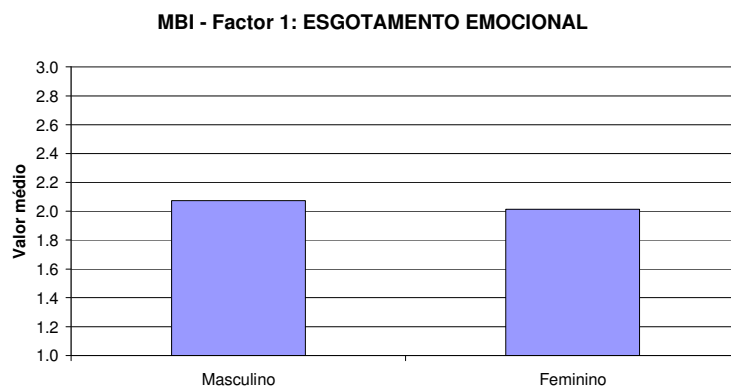
	Mann-Whitney U	Wilcoxon W	Z	Asymp. Sig. (2- tailed)
MBI - Factor 1: ESGOTAMENTO EMOCIONAL	102548.5	457451.5	-1.269	0.204
MBI - Factor 2: REALIZAÇÃO PESSOAL	106453.5	461356.5	-0.298	0.766
MBI - Factor 3: DESPERSONALIZAÇÃO	81979.0	437725.0	-5.921	0.000

Os três primeiros valores são estatísticas do teste. O valor que importa analisar é a significância do teste assinalada a negrito, também designada por valor de prova, em que o esgotamento emocional surge com um valor de prova de 0.204 e a realização pessoal tem um valor de prova de 0.766. Ora, quando este valor é inferior ao valor de

referência de 5%, rejeita-se a hipótese nula, ou seja, existem diferenças na mediana das escalas para os dois grupos. Quando é superior ao valor de referência de 5%, aceita-se a hipótese nula, ou seja, as medianas das escalas são iguais para os dois grupos.

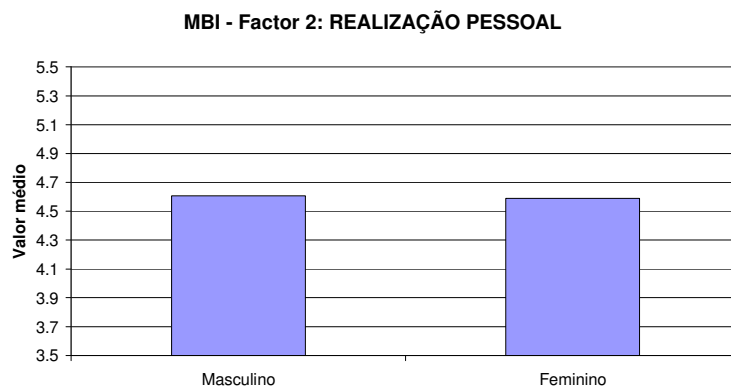
Quando o valor de prova é superior a 5% (0,05), conclui-se que não existem diferenças significativas entre os dois grupos para os factores 1 e 2. Quando o valor de prova é inferior a 5% (0,05), conclui-se que existem diferenças significativas entre os dois grupos para o factor 3, pois que a despersonalização exhibe um valor de prova de 0.000. Confirmam-se na totalidade os resultados do teste t. De seguida, ilustram-se as diferenças, não significativas e significativas, através dos seus valores médios.

Gráfico 52 - Valores médios do esgotamento emocional para os diferentes sexos (estudo indirecto de H03a)



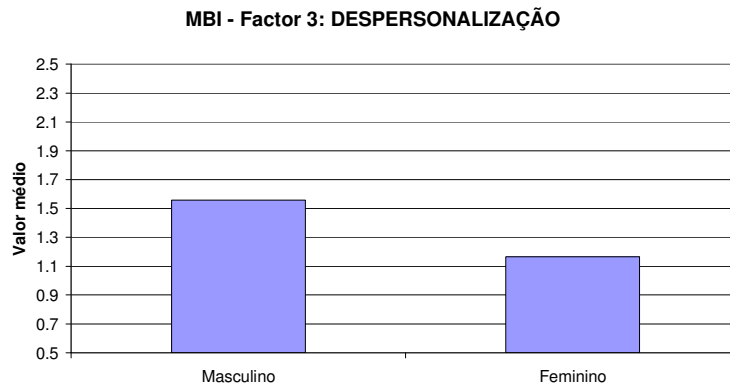
No gráfico anterior, constata-se que o esgotamento emocional tem valores médios ligeiramente superiores para o sexo masculino. No entanto, estas diferenças observadas não são estatisticamente significativas, pelo que se pode concluir que o esgotamento emocional não está relacionado com o sexo.

Gráfico 53 - Valores médios da realização pessoal para os diferentes sexos (estudo indirecto de H03a)



No que respeita à realização pessoal, observa-se que esta apresenta valores médios semelhantes para os dois sexos, pelo que se pode concluir que a realização pessoal não está relacionada com o sexo.

Gráfico 54 - Valores médios da despersonalização para os diferentes sexos (H03a)



Este gráfico permite verificar que a despersonalização exhibe valores médios mais elevados para o sexo masculino do que para o género feminino. Considerando que as diferenças observadas são estatisticamente significativas, pode concluir-se que se confirma a hipótese H03a, uma vez que a despersonalização é superior para o sexo masculino. Esta conclusão vem ao encontro dos pressupostos enunciados por Gil-Monte (2005), Gil-Monte e Peiró (1999), Greenglass, Burke e Ondrack (1990) e Maslach e Jackson (1985 / 1986).

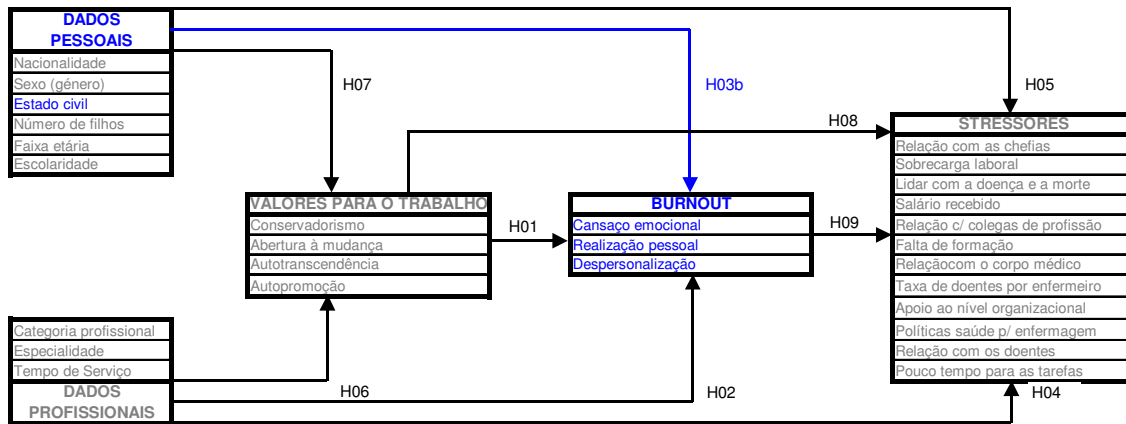
7.3.3.2. Análise da hipótese H03b

A figura que se apresenta a seguir constitui uma representação esquemática da relação hipotetizada para H03b, que se encontra assinalada a azul assim como também as diferentes variáveis estudadas, em que dos dados pessoais interessa apenas o estado civil, e do burnout avaliado pelo MBI interessam os três factores que o integram (cansaço emocional, realização pessoal e despersonalização).

Parte-se do pressuposto que os estados civis de casado ou junto se traduzem num menor burnout, pelo apoio de que muitas vezes se revestem.

Figura 27 – Destaque do desenho metodológico para a dedução da hipótese H03b

H03b – Os estados civis de casado ou junto apresentam menores índices de burnout do que os outros



A variável estado civil também foi recodificada, tendo sido agrupadas três categorias numa única, para as classes terem dimensões maiores, tendo-se obtido então apenas 4 classes ou categorias, conforme se pode observar no gráfico seguinte.

Tabela 81 - Recodificação do estado civil (H03b)

	Frequência	Percentagem
Solteiro	477	43.4
Casado	458	41.6
Junto	112	10.2
Divorciado, Separado ou Viúvo	53	4.8
Total	1100	100.0

Para realizar o cruzamento entre as dimensões do MBI, que constituem variáveis quantitativas, e o estado civil, que é uma variável nominal com quatro classes, utiliza-se a Anova que já foi suficientemente explicada.

Tabela 82 - Teste da homogeneidade de variâncias (H03b)

	Levene Statistic	df1	df2	Sig.
MBI - Factor 1: ESGOTAMENTO EMOCIONAL	1.797	3	1095	.146
MBI - Factor 2: REALIZAÇÃO PESSOAL	2.025	3	1094	.109
MBI - Factor 3: DESPERSONALIZAÇÃO	5.124	3	1096	.002

Verifica-se o pressuposto da homogeneidade das variâncias (valor de prova superior a 5%, o que implica não rejeitar a hipótese nula) para os factores 1 (esgotamento emocional, valor de prova .146) e 2 (realização pessoal, valor de prova

.109). Este pressuposto não se confirma todavia para o factor 3 que se refere à despersonalização, uma vez que o valor de prova de .002 é inferior a 5%.

Quando se verifica o pressuposto, a ANOVA é adequada, quando não se verifica, os seus resultados terão de ser confirmados pelo teste não paramétrico análogo.

Uma vez que o valor de prova calculado é superior a 5% para o esgotamento emocional (.169) e para a despersonalização (.097), aceita-se a hipótese da média destas dimensões ser igual para todas as categorias do estado civil, pelo que não se verificam diferenças significativas.

Por outro lado, o facto do valor de prova da realização pessoal de .001 ser inferior a 5%, resulta na rejeição da hipótese da média desta dimensão ser igual para todas as categorias do estado civil, razão por que se observam diferenças significativas.

Tabela 83 - Teste Anova a três factores (MBI) para H03b

		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
MBI - Factor 1: ESGOTAMENTO EMOCIONAL	Between Groups	5.477	3	1.826	1.681	.169
	Within Groups	1189.580	1095	1.086		
	Total	1195.057	1098			
MBI - Factor 2: REALIZAÇÃO PESSOAL	Between Groups	14.497	3	4.832	5.513	.001
	Within Groups	958.832	1094	.876		
	Total	973.329	1097			
MBI - Factor 3: DESPERSONALIZAÇÃO	Between Groups	6.038	3	2.013	2.116	.097
	Within Groups	1042.425	1096	.951		
	Total	1048.462	1099			

Para aplicar um teste estatístico paramétrico, já vimos que é necessário verificar o pressuposto da normalidade das distribuições das variáveis com o teste K-S, cujos resultados se observam na tabela seguinte.

Tabela 84 - Estudo da normalidade das distribuições do estado civil (teste K-S) para H03b

		Kolmogorov-Smirnov(a)		
		Statistic	df	Sig.
MBI - Factor 1: ESGOTAMENTO EMOCIONAL	Solteiro	.089	474	.000
	Casado	.099	458	.000
	Junto	.080	112	.073
	Divorciado, Separado ou Viúvo	.118	53	.062
MBI - Factor 2: REALIZAÇÃO PESSOAL	Solteiro	.090	474	.000
	Casado	.086	458	.000
	Junto	.134	112	.000
	Divorciado, Separado ou Viúvo	.114	53	.081
MBI - Factor 3: DESPERSONALIZAÇÃO	Solteiro	.115	474	.000
	Casado	.110	458	.000
	Junto	.137	112	.000
	Divorciado, Separado ou Viúvo	.120	53	.053

a Correção de significância de Lilliefors

* Limite inferior da verdadeira significância.

Para que se possa aplicar um teste paramétrico, tem que verificar-se H_0 para todas as classes da variável qualitativa, o que neste caso não se verifica para todos os factores, pois existem sempre valores de prova inferiores a 5% (assinalados a vermelho), pelo que se rejeita para estes factores a hipótese nula.

O teste paramétrico será confirmado pelo teste não paramétrico equivalente.

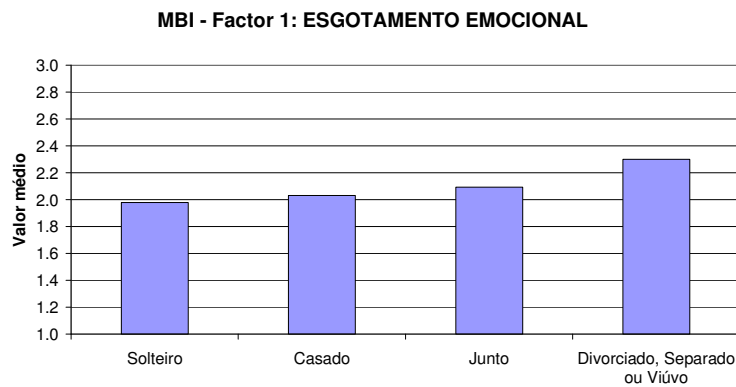
Tabela 85 - Resultados do Teste de Kruskal-Wallis (H03b)

	Chi-Square	df	Asymp. Sig.
MBI - Factor 1: ESGOTAMENTO EMOCIONAL	8.13	3	0.043
MBI - Factor 2: REALIZAÇÃO PESSOAL	14.94	3	0.002
MBI - Factor 3: DESPERSONALIZAÇÃO	7.74	3	0.052

O valor de prova é inferior a 5% para o esgotamento emocional (0.043) e para a realização pessoal (0.002), o que resulta na rejeição da hipótese da mediana ser igual para todas as categorias do estado civil, razão por que se verificam diferenças significativas para estes factores. Contudo, não se confirmam todos os resultados da Anova, pois que a despersonalização tem um valor de prova de 0.052.

De seguida, ilustram-se graficamente as diferenças significativas e não significativas, através dos seus valores médios.

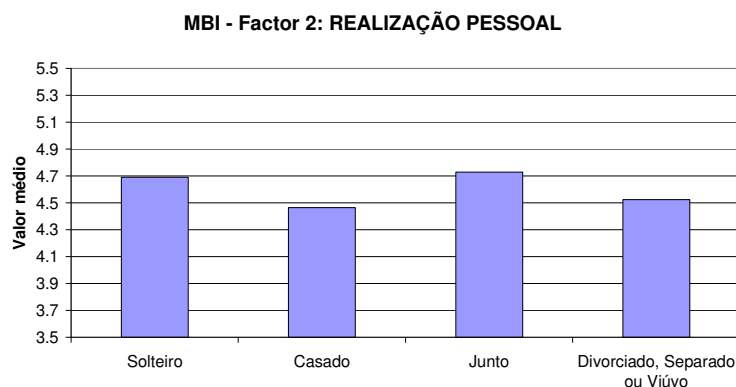
Gráfico 55 - Valores médios do esgotamento emocional para o estado civil (H03b)



Observa-se que no gráfico exibido, o esgotamento emocional apresenta valores médios superiores para os divorciados, separados ou viúvos, sendo as diferenças observadas estatisticamente significativas, pelo que não só se conclui que os estados civis de solteiro, casado e junto, apresentam um menor esgotamento emocional, como se confirma parcialmente a hipótese H03b para este factor do MBI, uma vez que os solteiros também apresentam um baixo esgotamento emocional.

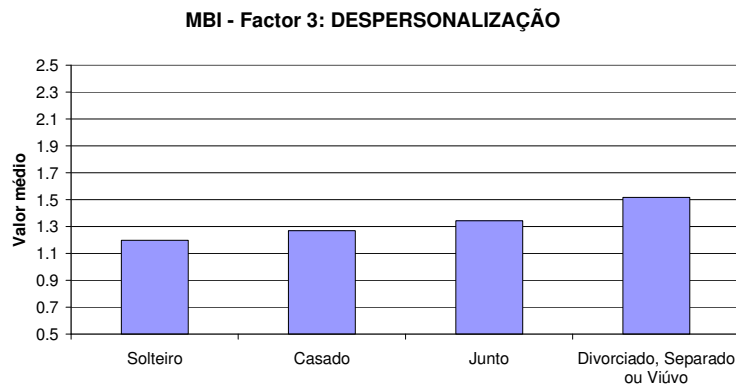
Convém relembrar que a hipótese H03b refere que são os estados civis de casado ou junto que apresentam menores índices de burnout do que os outros.

Gráfico 56 - Valores médios da realização pessoal para o estado civil (H03b)



Este gráfico permite concluir que a realização pessoal é maior para os estados civis de juntos e de solteiros, sendo as diferenças observadas estatisticamente significativas. Contudo, uma vez que o estado civil de junto apresenta uma maior realização pessoal (menor desrealização), a hipótese H03b é parcialmente confirmada para esta dimensão do MBI e para este estado civil.

Gráfico 57 - Valores médios da despersonalização para o estado civil (H03b)



No gráfico que se refere à despersonalização são apresentados valores médios superiores para os divorciados, separados ou viúvos, e valores menores para os solteiros. Contudo, tal como se pode observar nos resultados do teste de Kruskal-Wallis apresentados na tabela anterior, as diferenças observadas não são estatisticamente significativas. Ou seja, a despersonalização não está relacionada com o estado civil de forma estatisticamente significativa, pelo que não se verifica a hipótese H03b para esta dimensão.

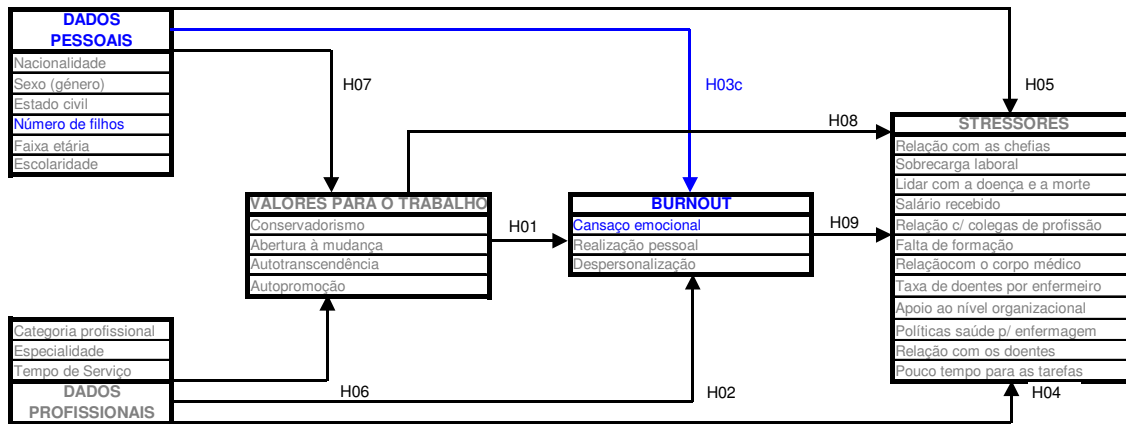
Embora não houvesse nenhuma questão neste estudo para avaliar a qualidade das relações familiares, particularmente ao nível dos cônjuges, o pressuposto apontado por Demerouti e cols (2001) e Leiter (1990/1992a) de que o apoio familiar se traduz numa menor propensão para o burnout, não se verifica. Contudo, é de referir a tendência significativa que os estados civis de casado e junto exibem para um menor cansaço emocional que os de divorciado, separado ou viúvo - embora sejam os indivíduos solteiros aqueles menos cansados em termos emocionais -, e, por outro lado, o maior sentimento de realização pessoal encontrado para o estado civil de junto – que contrasta com a maior propensão para o burnout evidenciada pela maior desrealização experimentada por quem está casado.

7.3.3.3. Análise da hipótese H03c

O esquema seguinte assinala a cor azul, quer a relação hipotetizada, quer as variáveis que integram a hipótese formulada, em que se estabelece uma relação de causalidade entre o número de filhos e o cansaço emocional.

Figura 28 – Destaque do desenho metodológico para a dedução da hipótese H03c

H03c – Quanto maior o número de filhos maior o cansaço emocional



A variável que se refere ao número de filhos também foi recodificada, tendo sido agrupadas duas categorias numa única, para as classes terem dimensões maiores, tal como é dado observar-se na tabela seguinte.

Tabela 86 - Recodificação do número de filhos (H03c)

	Frequência	Percentagem
Nenhum	681	61.9
Um	207	18.8
Dois	185	16.8
Três ou Quatro	27	2.5
Total	1100	100.0

Para realizar o cruzamento entre as variáveis quantitativas representadas pelas dimensões do MBI e o número de filhos (variável ordinal com quatro classes), utiliza-se mais uma vez a Anova.

Tabela 87 - Teste da homogeneidade de variâncias (H03c)

	Levene Statistic	df1	df2	Sig.
MBI - Factor 1: ESGOTAMENTO EMOCIONAL	1.048	3	1095	.370
MBI - Factor 2: REALIZAÇÃO PESSOAL	1.734	3	1094	.158
MBI - Factor 3: DESPERSONALIZAÇÃO	1.883	3	1096	.131

Tal como se pode observar na tabela anterior, verifica-se o pressuposto da homogeneidade das variâncias (valor de prova superior a 5%, o que implica não rejeitar a hipótese nula) para todos os factores (esgotamento emocional, valor de prova .370; realização pessoal, valor de prova .158; despersonalização, valor de prova .131).

Quando se confirma o pressuposto enunciado, a Anova considera-se adequada para a verificação das hipóteses anteriormente defendidas, quando não se verifica, os seus resultados terão de ser confirmados pelo teste não paramétrico análogo.

Tabela 88 - Teste Anova a três factores (MBI) para H03c

		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
MBI - Factor 1: ESGOTAMENTO EMOCIONAL	Between Groups	5.848	3	1.949	1.795	.146
	Within Groups	1189.209	1095	1.086		
	Total	1195.057	1098			
MBI - Factor 2: REALIZAÇÃO PESSOAL	Between Groups	10.101	3	3.367	3.824	.010
	Within Groups	963.227	1094	.880		
	Total	973.329	1097			
MBI - Factor 3: DESPERSONALIZAÇÃO	Between Groups	5.596	3	1.865	1.960	.118
	Within Groups	1042.867	1096	.952		
	Total	1048.462	1099			

Uma vez que o valor de prova é superior a 5% para o factor 1 - em que o esgotamento emocional tem um valor de prova .146 - e para o factor 3 – em que a despersonalização exibe um valor de prova .118 -, aceita-se a hipótese da média destas dimensões ser igual para todas as categorias do número de filhos, pois que não se verificam diferenças significativas. Já quanto ao valor de prova .010 do factor 2 que define a realização pessoal, dado que é inferior a 5%, rejeita-se a hipótese da média desta dimensão ser igual para todas as categorias do número de filhos, pois que se observam diferenças significativas.

Para avaliação do pressuposto da normalidade das distribuições das variáveis subjacentes à aplicação de um teste estatístico paramétrico, usa-se o teste K-S e analisam-se os seus resultados.

A aplicação de um teste paramétrico, passa pela confirmação de H_0 para todas as classes da variável qualitativa, o que neste caso não sucede para todos os factores, conforme se pode observar na tabela seguinte, dado que existem sempre valores de prova inferiores a 5%, pelo que se rejeita a hipótese nula para estes factores.

Tabela 89 - Estudo da normalidade das distribuições do número de filhos (teste K-S) para H03c

		Kolmogorov-Smirnov(a)		
		Statistic	df	Sig.
MBI - Factor 1: ESGOTAMENTO EMOCIONAL	Nenhum	.082	678	.000
	Um	.112	207	.000
	Dois	.091	185	.001
	Três ou Quatro	.125	27	.200(*)
MBI - Factor 2: REALIZAÇÃO PESSOAL	Nenhum	.101	678	.000
	Um	.094	207	.000
	Dois	.099	185	.000
	Três ou Quatro	.126	27	.200(*)
MBI - Factor 3: DESPERSONALIZAÇÃO	Nenhum	.112	678	.000
	Um	.116	207	.000
	Dois	.110	185	.000
	Três ou Quatro	.147	27	.141

a Correção de significância de Lilliefors

* Limite inferior da verdadeira significância.

A rejeição da hipótese nula para todas as classes da variável qualitativa, requer que o teste paramétrico será confirmado pelo teste não paramétrico equivalente.

Tabela 90 - Resultados do Teste de Kruskal-Wallis (H03c)

	Chi-Square	df	Asymp. Sig.
MBI - Factor 1: ESGOTAMENTO EMOCIONAL	4.42	3	0.220
MBI - Factor 2: REALIZAÇÃO PESSOAL	9.44	3	0.024
MBI - Factor 3: DESPERSONALIZAÇÃO	5.38	3	0.146

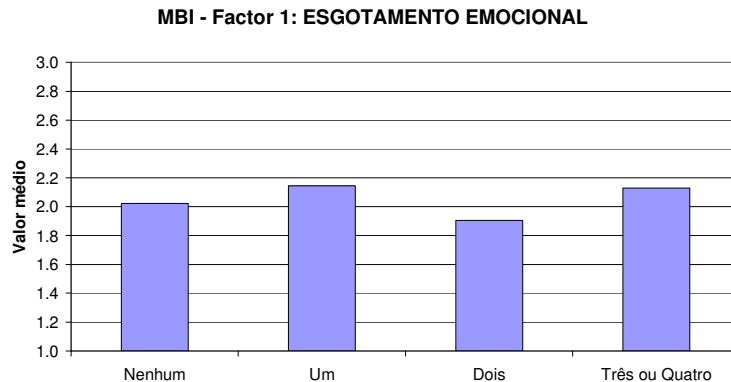
Conforme se pode observar na tabela anterior, o valor de prova é inferior a 5% para a realização pessoal (0.024), pelo que se rejeita a hipótese da mediana ser igual para todas as categorias do número de filhos. Verificam-se ainda diferenças significativas para este factor. Ou seja, confirmam-se todos os resultados da Anova.

Seguidamente, exibem-se graficamente as diferenças significativas e não significativas com base nos seus valores médios.

Com base no gráfico 58 que se apresenta de seguida, pode observar-se que o esgotamento emocional tem valores médios superiores para um e três ou quatro filhos, sendo porém de referir que as diferenças observadas não são estatisticamente significativas.

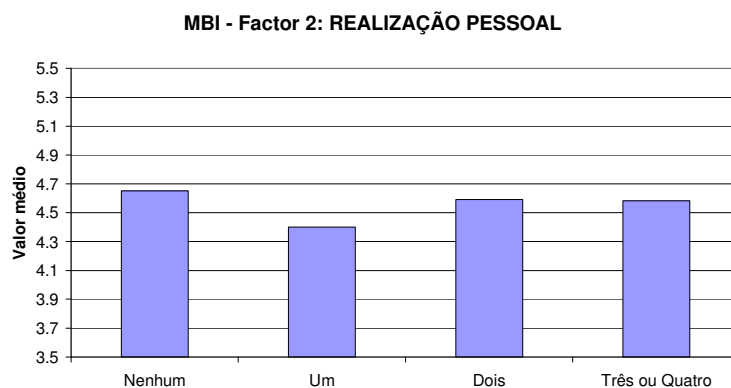
Ou seja, o esgotamento emocional não está relacionado com o número de filhos de forma estatisticamente significativa. Não se verifica a hipótese H03c.

Gráfico 58 - Valores médios do esgotamento emocional para o número de filhos (H03c)



Embora exista uma tendência não significativa para o cansaço emocional ser maior naqueles profissionais com três ou quatro filhos, os resultados encontrados são inconclusivos, tal como havia sido referido por Gil-Monte (2005).

Gráfico 59 - Valores médios da realização pessoal para o número de filhos (estudo indirecto de H03c)

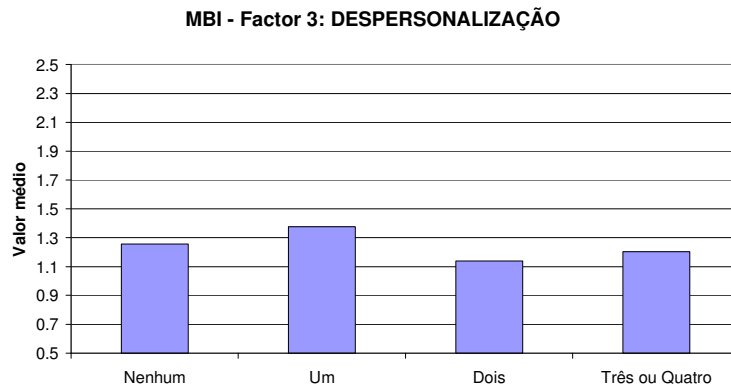


O factor a que corresponde a realização profissional é menor para quem tem apenas um filho. Uma vez que as diferenças observadas são estatisticamente significativas, conclui-se que os sujeitos que têm um filho apresentam uma menor realização profissional que todos os outros.

Na representação que consta no gráfico 60, a despersonalização tem valores médios superiores para os indivíduos que têm apenas um filho, e valores médios menores para os que têm dois filhos. Todavia, as diferenças observadas não são

estatisticamente significativas, pelo que se pode concluir que a despersonalização não está relacionada com o número de filhos de forma estatisticamente significativa.

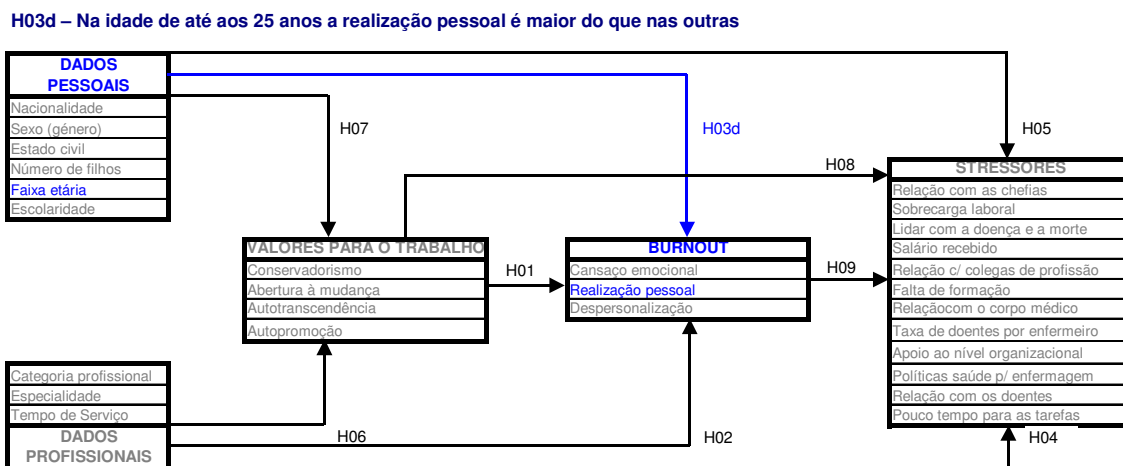
Gráfico 60 - Valores médios da despersonalização para o número de filhos (H03c)



7.3.3.4. Análise da hipótese H03d

A figura 29 destaca a cor azul a relação hipotetizada em H03d e as diferentes variáveis que integram esta hipótese.

Figura 29 – Destaque do desenho metodológico para a dedução da hipótese H03d



A variável faixa etária, tal como as anteriores, foi também recodificada por forma a agrupar as últimas categorias numa única, para assim as classes terem dimensões maiores e serem mais uniformes.

Tabela 91 - Recodificação da faixa etária (H03d)

	Frequência	Porcentagem
até 25 anos	289	26.3
de 26 a 30 anos	354	32.2
de 31 a 35 anos	189	17.2
de 36 a 45 anos	184	16.7
mais de 45 anos	84	7.6
Total	1100	100.0

O teste Anova é mais uma vez usado para o cruzamento das dimensões do MBI (variáveis quantitativas) com a faixa etária (variável ordinal com cinco classes) já depois de reclassificada.

Tabela 92 - Teste da homogeneidade de variâncias (H03d)

	Levene Statistic	df1	df2	Sig.
MBI - Factor 1: ESGOTAMENTO EMOCIONAL	2.821	4	1094	.024
MBI - Factor 2: REALIZAÇÃO PESSOAL	3.631	4	1093	.006
MBI - Factor 3: DESPERSONALIZAÇÃO	1.256	4	1095	.286

Uma vez que não se verifica o pressuposto da homogeneidade das variâncias para o factor 1 (esgotamento emocional, valor de prova .024) e o factor 2 (realização pessoal, valor de prova .006). Quando se verifica o pressuposto, a ANOVA é adequada, quando não se verifica, os seus resultados terão de ser confirmados pelo teste não paramétrico análogo. Ou seja, a ANOVA permite verificar as hipóteses anteriormente formuladas.

Tabela 93 - Teste Anova a três factores (MBI) para H03d

		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
MBI - Factor 1: ESGOTAMENTO EMOCIONAL	Between Groups	16.448	4	4.112	3.817	.004
	Within Groups	1178.609	1094	1.077		
	Total	1195.057	1098			
MBI - Factor 2: REALIZAÇÃO PESSOAL	Between Groups	27.351	4	6.838	7.900	.000
	Within Groups	945.978	1093	.865		
	Total	973.329	1097			
MBI - Factor 3: DESPERSONALIZAÇÃO	Between Groups	7.649	4	1.912	2.012	.091
	Within Groups	1040.813	1095	.951		
	Total	1048.462	1099			

Considerando-se que o valor de prova é superior a 5% para o factor 3, pois que a despersonalização exibe um valor de prova de .091, aceita-se a hipótese da média desta dimensão ser igual para todas as categorias da faixa etária, uma vez que não se

verificam diferenças significativas para este factor. Já para o factor 1 (esgotamento emocional, valor de prova .004) e para o factor 2 (realização pessoal, valor de prova .000), se rejeita a hipótese da média destas dimensões serem iguais para todas as categorias da faixa etária, uma vez que o valor de prova inferior a 5% para estes factores constitui um indicador de que se observam diferenças significativas.

Procede-se então à averiguação do pressuposto da normalidade das distribuições das variáveis através do teste K-S, uma vez que tal constitui um requisito para a aplicação de um teste estatístico paramétrico, tendo-se obtido os resultados que se apresentam na tabela 94.

Conforme se pode constatar, não se confirma a hipótese H_0 para todas as classes da variável qualitativa em relação a todos os factores, pois existem sempre valores de prova inferiores a 5%, pelo que se rejeita para estes factores a hipótese nula.

O teste paramétrico será confirmado pelo teste não paramétrico equivalente.

Tabela 94 - Estudo da normalidade das distribuições da faixa etária (teste K-S) para H03d

		Kolmogorov-Smirnov(a)		
		Statistic	df	Sig.
MBI - Factor 1: ESGOTAMENTO EMOCIONAL	ate 25 anos	.079	286	.000
	de 26 a 30 anos	.102	354	.000
	de 31 a 35 anos	.112	189	.000
	de 36 a 45 anos	.075	184	.014
	mais de 45 anos	.122	84	.003
MBI - Factor 2: REALIZAÇÃO PESSOAL	ate 25 anos	.093	286	.000
	de 26 a 30 anos	.108	354	.000
	de 31 a 35 anos	.108	189	.000
	de 36 a 45 anos	.064	184	.067
	mais de 45 anos	.090	84	.092
MBI - Factor 3: DESPERSONALIZAÇÃO	ate 25 anos	.109	286	.000
	de 26 a 30 anos	.112	354	.000
	de 31 a 35 anos	.178	189	.000
	de 36 a 45 anos	.091	184	.001
	mais de 45 anos	.141	84	.000

a Correção de significância de Lilliefors

* Limite inferior da verdadeira significância.

Observando os resultados do teste de Kruskal-Wallis que constam da tabela seguinte, verifica-se que o valor de prova é inferior a 5% para o esgotamento emocional

(0.009) e para a realização pessoal (0.000), sendo que as diferenças significativas encontradas para estes factores configuram os motivos por que se rejeita a hipótese da mediana ser igual para todas as categorias da faixa etária.

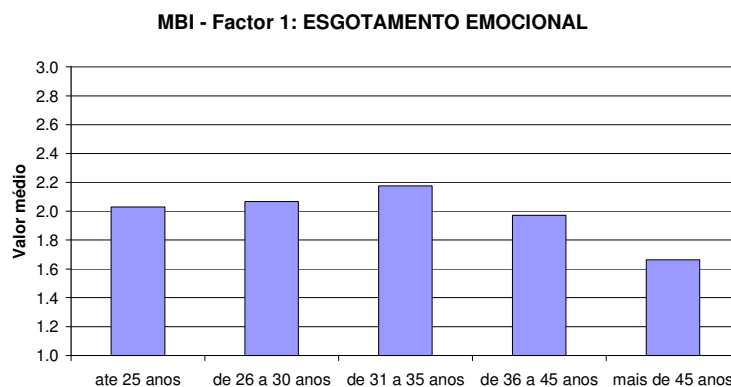
Ou seja, confirmam-se todos os resultados da ANOVA.

Tabela 95 - Resultados do Teste de Kruskal-Wallis (H03d)

	Chi-Square	df	Asymp. Sig.
MBI - Factor 1: ESGOTAMENTO EMOCIONAL	13.54	4	0.009
MBI - Factor 2: REALIZAÇÃO PESSOAL	28.31	4	0.000
MBI - Factor 3: DESPERSONALIZAÇÃO	7.16	4	0.127

As diferenças encontradas, significativas e não significativas, são seguidamente ilustradas graficamente com base nos seus valores médios.

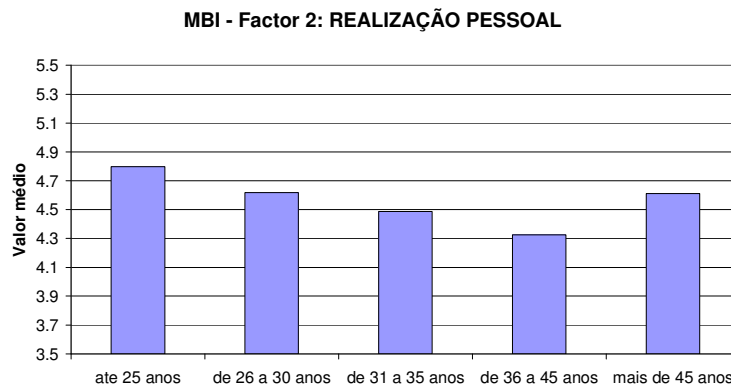
Gráfico 61 - Valores médios do esgotamento emocional para a faixa etária (estudo indirecto de H03d)



Tal como se infere do gráfico apresentado, na amostra inquirida o esgotamento emocional apresenta valores médios superiores para a idade de 31-35 anos e valores inferiores para uma idade de mais de 45 anos, sendo estatisticamente significativas as diferenças observadas.

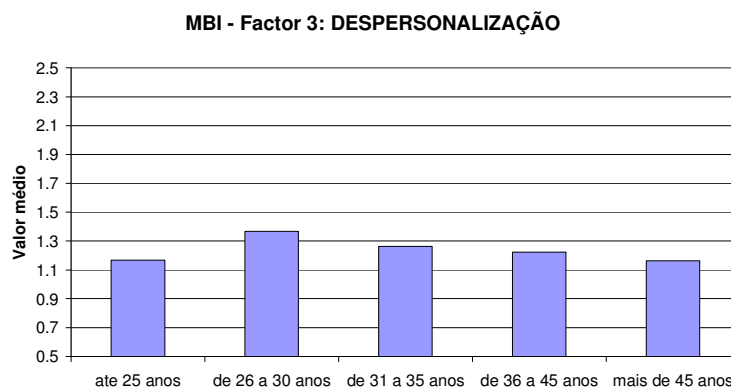
É pois lícito concluir que o esgotamento ou cansaço emocional aumenta gradualmente até ao limite de 35 anos, para depois evidenciar também um decréscimo gradual.

Gráfico 62 - Valores médios da realização pessoal para a faixa etária (H03d)



No que se refere à realização pessoal sentida no trabalho, constata-se que esta é mais elevada até aos 25 anos, para depois diminuir gradualmente com a idade até ao limite de 45 anos, aumentando de novo para a faixa etária superior a 45 anos. As diferenças observadas são estatisticamente significativas. Ou seja, confirma-se a hipótese H03d e os pressupostos de Maslach e Leiter (1997) de que a realização pessoal decresce com a idade, muito embora seja de reformular este pressuposto por forma a integrar o contributo de que a realização pessoal volta a subir após os 45 anos, parecendo assim evidenciar um ciclo constante que se desenrola em associação com a idade.

Gráfico 63 - Valores médios da despersonalização para a faixa etária (estudo indirecto de H03d)



Da observação do gráfico apresentado, conclui-se que a despersonalização apresenta valores médios inferiores para a idade de até 25 anos, aumenta para a faixa etária seguinte (de 26 a 30 anos), diminuindo depois à medida que a idade aumenta. Contudo, as diferenças observadas não são estatisticamente significativas, pelo que se

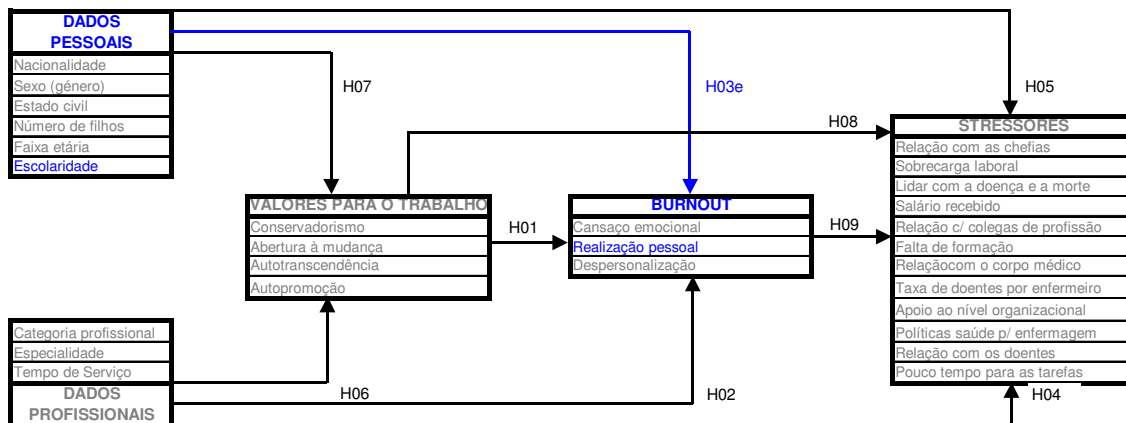
infeere que a despersonalização não está relacionada com a faixa etária de forma estatisticamente significativa.

7.3.3.5. Análise da hipótese H03e

Na figura seguinte pode-se observar a cor azul a relação hipotetizada em H03e, bem como as variáveis estudadas na análise da hipótese formulada.

Figura 30 – Destaque do desenho metodológico para a dedução da hipótese H03e

H03e – Quanto maior a escolaridade maior a realização pessoal



A variável escolaridade foi também recodificada. Uma vez que o mestrado e o doutoramento tinham pouca expressão estatística quando tomados isoladamente, optou-se por agrupar estes dois graus de escolaridade numa única classe, que assim ficou com uma dimensão maior.

Tabela 96 - Recodificação da escolaridade (H03e)

	Frequência	Percentagem
Bacharelato	80	7.3
Licenciatura	799	72.6
Pós-Graduação	145	13.2
Mestrado ou Doutoramento	76	6.9
Total	1100	100.0

Utiliza-se o teste Anova para efectuar o cruzamento entre as diferentes variáveis, em que de um lado se têm as três dimensões do MBI (variáveis quantitativas) e do outro lado as cinco classes da escolaridade (variável ordinal).

Os resultados obtidos do teste à homogeneidade de variâncias, está visível na tabela seguinte.

Tabela 97 - Teste da homogeneidade de variâncias (H03e)

	Levene Statistic	df1	df2	Sig.
MBI - Factor 1: ESGOTAMENTO EMOCIONAL	.198	3	1095	.898
MBI - Factor 2: REALIZAÇÃO PESSOAL	3.916	3	1094	.009
MBI - Factor 3: DESPERSONALIZAÇÃO	.597	3	1096	.617

O pressuposto da homogeneidade das variâncias para o factor 2 não se verifica, pois que o valor de prova .009 da realização pessoal é inferior a 5%. Quando se verifica o pressuposto, a ANOVA é adequada, quando não se verifica, os seus resultados terão de ser confirmados pelo teste não paramétrico análogo.

A ANOVA permite verificar as hipóteses anteriormente formuladas.

Tabela 98 - Teste Anova a três factores (MBI) para H03e

		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
MBI - Factor 1: ESGOTAMENTO EMOCIONAL	Between Groups	.591	3	.197	.181	.910
	Within Groups	1194.466	1095	1.091		
	Total	1195.057	1098			
MBI - Factor 2: REALIZAÇÃO PESSOAL	Between Groups	4.665	3	1.555	1.756	.154
	Within Groups	968.664	1094	.885		
	Total	973.329	1097			
MBI - Factor 3: DESPERSONALIZAÇÃO	Between Groups	5.660	3	1.887	1.983	.115
	Within Groups	1042.802	1096	.951		
	Total	1048.462	1099			

Uma vez que o valor de prova é superior a 5% para todos os três factores (esgotamento emocional, valor de prova .910; realização pessoal, valor de prova .154; despersonalização, valor de prova .115), as diferenças encontradas não são significativas, e, conseqüentemente, aceita-se a hipótese da média destas dimensões ser igual para todas as categorias da escolaridade.

Da verificação do pressuposto da normalidade das distribuições das variáveis através do teste K-S – condição para averiguar a viabilidade de aplicar um teste estatístico paramétrico -, obtêm-se os resultados que se apresentam na tabela 99.

Tabela 99 - Estudo da normalidade das distribuições da escolaridade (teste K-S) para H03e

		Kolmogorov-Smirnov(a)		
		Statistic	df	Sig.
MBI - Factor 1: ESGOTAMENTO EMOCIONAL	Bacharelato	.118	80	.008
	Licenciatura	.086	797	.000
	Pós-Graduação	.085	144	.012
	Mestrado ou Doutorado	.118	76	.010
MBI - Factor 2: REALIZAÇÃO PESSOAL	Bacharelato	.111	80	.016
	Licenciatura	.090	797	.000
	Pós-Graduação	.135	144	.000
	Mestrado ou Doutorado	.113	76	.018
MBI - Factor 3: DESPERSONALIZAÇÃO	Bacharelato	.121	80	.006
	Licenciatura	.117	797	.000
	Pós-Graduação	.132	144	.000
	Mestrado ou Doutorado	.085	76	.200(*)

a Correção de significância de Lilliefors

* Limite inferior da verdadeira significância.

Tal como tem sido referido, para que se possa aplicar um teste paramétrico, tem que verificar-se H_0 para todas as classes da variável qualitativa, o que no presente caso não se verifica para todos os factores, pois que existem sempre valores de prova inferiores a 5%, pelo que se rejeita para estes factores a hipótese nula. O teste paramétrico será confirmado pelo teste não paramétrico equivalente.

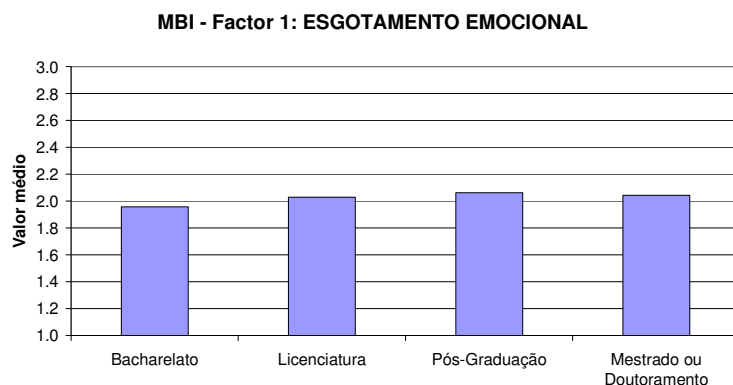
Tabela 100 - Resultados do Teste de Kruskal-Wallis (H03e)

	Chi-Square	df	Asymp. Sig.
MBI - Factor 1: ESGOTAMENTO EMOCIONAL	0.789	3	0.852
MBI - Factor 2: REALIZAÇÃO PESSOAL	3.228	3	0.358
MBI - Factor 3: DESPERSONALIZAÇÃO	7.853	3	0.049

A leitura dos resultados do teste de Kruskal-Wallis que são apresentados na respectiva tabela, permite observar que o valor de prova é inferior a 5% para o factor 3, em que a despersonalização exibe um valor de prova de 0.049, pelo que se rejeita a hipótese da mediana ser igual para todas as categorias do escolaridade. Deste modo, não se confirmam todos os resultados da ANOVA, pois que as diferenças para o factor definido pela despersonalização não se revelaram significativas.

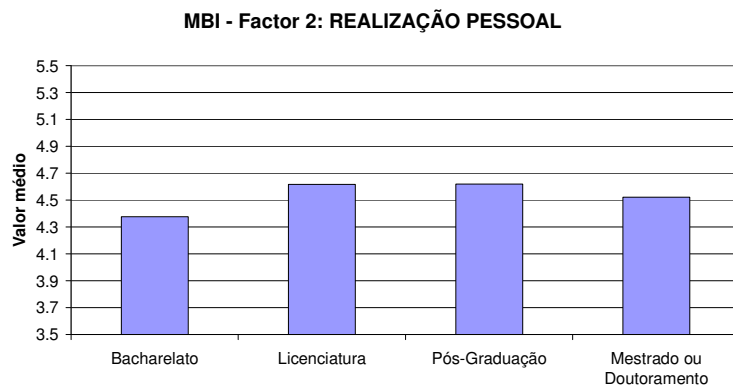
A representação gráfica destas diferenças significativas e não significativas, ilustra-se seguidamente tendo por base os seus valores médios.

Gráfico 64 - Valores médios do esgotamento emocional para a escolaridade (estudo indirecto de H03e)



O esgotamento emocional apresenta valores médios ligeiramente superiores para a classe das pós-graduações e ainda para a classe que integra mestrados e doutoramentos, conforme se pode observar no gráfico anterior. Contudo, as diferenças observadas não são estatisticamente significativas, pelo que se pode concluir que o esgotamento emocional não está relacionado com o grau de escolaridade.

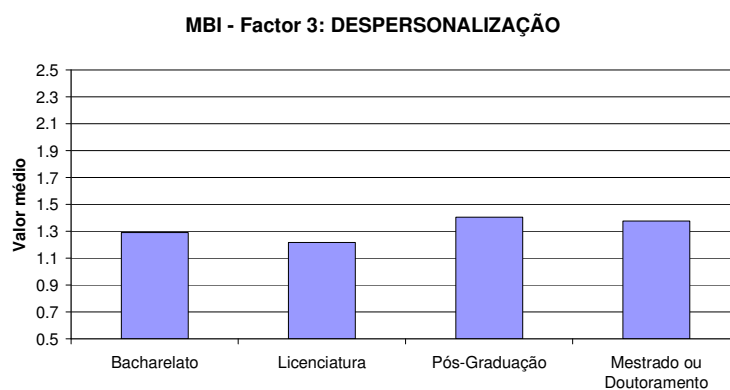
Gráfico 65 - Valores médios da realização pessoal para a escolaridade (H03e)



Com base no gráfico apresentado, infere-se que a realização profissional é maior para a licenciatura e a pós-graduação, no entanto, as diferenças observadas não são estatisticamente significativas, pelo que a realização profissional não se encontra relacionada com a escolaridade de um modo estatisticamente significativo e, consequentemente, infirma-se a hipótese H03e, que preconizava que quanto maior a escolaridade maior a realização pessoal.

Ou seja, os pressupostos de que uma maior crença de autoeficácia (Bandura, 1997; Cherniss, 1980a; Leiter, 1992b; Gil-Monte & Peiró, 1996 / 1999), uma maior formação profissional (Burke & Greenglass, 1995) ou uma maior qualificação dentro do posto de trabalho (Demerouti & cols., 2001), se reflectem num menor burnout, quando associados à aceitação tácita quer de que quanto maior a escolaridade maior a crença de auto-eficácia, quer de que há uma relação directa da formação e qualificação profissionais com a escolaridade, são refutados no estudo desta hipótese.

Gráfico 66 - Valores médios da despersonalização para a escolaridade (estudo indirecto de H03e)



Tal como se pode constatar pelo recurso à visualização gráfica dos resultados obtidos, o factor a que respeita a despersonalização exhibe valores médios inferiores para a licenciatura e superiores para a pós-graduação e o mestrado. Como as diferenças observadas são estatisticamente significativas, a despersonalização é inferior para os licenciados e superior para os que têm mais habilitações.

7.3.4. Análise da hipótese H04

Esta hipótese, pretende averiguar se os diferentes dados profissionais (categorias profissionais, especialidades e tempo de serviço) se traduzem em distintas hierarquizações dos stressores inquiridos.

É de salientar o facto de não ter sido encontrada qualquer relação dos dados profissionais estudados com algum dos stressores investigados - na pesquisa bibliográfica realizada -, pelo que se pressupõe que as associações que resultaram do estudo destas hipóteses são aquelas que na realidade existem no âmbito da enfermagem.

H04: Os dados profissionais originam diferentes hierarquias de stressores

H04a – As diferentes categorias profissionais apresentam diferentes hierarquias de stressores.

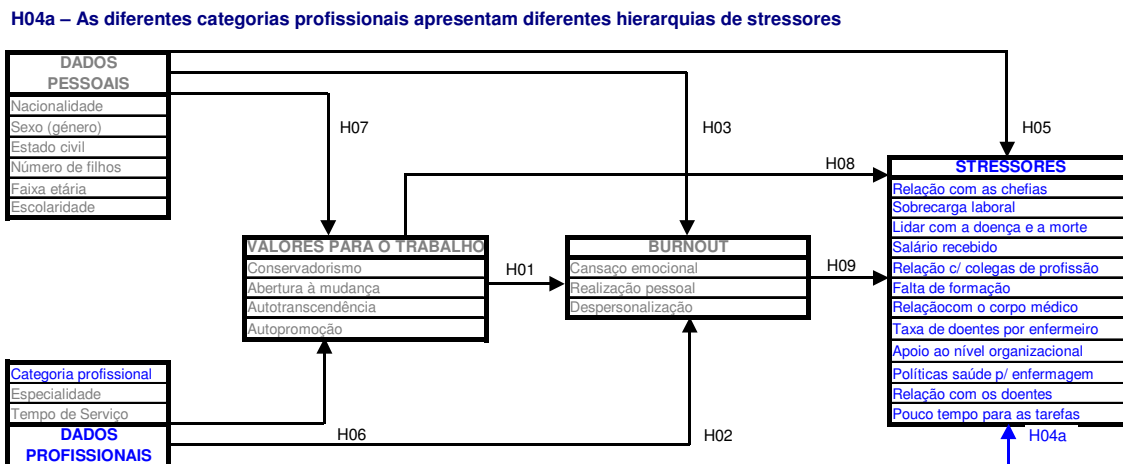
H04b – As diferentes especialidades têm diferentes hierarquias de stressores.

H04c – Os diferentes períodos de tempo de serviço evidenciam diferentes hierarquias de stressores.

7.3.4.1. Análise da hipótese H04a

A figura seguinte apresenta em destaque a cor azul a relação hipotetizada entre as variáveis que integram H04a.

Figura 31 – Destaque do desenho metodológico para a dedução da hipótese H04a



Utiliza-se a Anova para realizar o cruzamento entre as variáveis referentes aos stressores (quantitativas) e à categoria profissional (nominal).

A tabela 101 revela os resultados do teste à homogeneidade de variâncias e, tal como é possível observar, não se verifica o pressuposto da homogeneidade das variâncias para um stressor (relação com o corpo médico, valor de prova .006).

Tabela 101 - Teste da homogeneidade de variâncias (H04a)

	Levene Statistic	df1	df2	Sig.
Relação com as chefias	.577	3	1094	.630
Sobrecarga laboral	.369	3	1095	.776
Lidar com a doença e a morte	.988	3	1095	.398
Salário recebido	.577	3	1095	.630
Relação com os colegas de profissão	.479	3	1095	.697
Falta de formação	1.313	3	1095	.269
Relação com o corpo médico	4.138	3	1095	.006
Taxa de doentes por enfermeiro	.268	3	1095	.848
Apoio ao nível organizacional	.421	3	1095	.738
Políticas de saúde para a enfermagem	.447	3	1095	.720
Relação com os doentes	1.729	3	1095	.159
Pouco tempo para as tarefas	.245	3	1095	.865

Quando se verifica o pressuposto, a ANOVA é adequada, quando não se verifica, os seus resultados terão de ser confirmados pelo teste não paramétrico análogo. A ANOVA permite verificar as hipóteses anteriormente definidas.

Tabela 102 - Teste Anova para os doze stressores (H04a)

		Sum of Squares	Df	Mean Square	F	Sig.
Relação com as chefias	Between Groups	6.217	3	2.072	.171	.916
	Within Groups	13265.103	1094	12.125		
	Total	13271.320	1097			
Sobrecarga laboral	Between Groups	53.764	3	17.921	1.794	.146
	Within Groups	10935.941	1095	9.987		
	Total	10989.705	1098			
Lidar com a doença e a morte	Between Groups	18.008	3	6.003	.500	.683
	Within Groups	13153.163	1095	12.012		
	Total	13171.170	1098			
Salário recebido	Between Groups	10.723	3	3.574	.289	.833
	Within Groups	13538.073	1095	12.364		
	Total	13548.795	1098			
Relação com os colegas de profissão	Between Groups	41.824	3	13.941	1.021	.383
	Within Groups	14953.749	1095	13.656		
	Total	14995.572	1098			
Falta de formação	Between Groups	10.735	3	3.578	.326	.806
	Within Groups	12008.022	1095	10.966		
	Total	12018.757	1098			
Relação com o corpo médico	Between Groups	68.852	3	22.951	2.227	.083
	Within Groups	11284.809	1095	10.306		
	Total	11353.662	1098			
Taxa de doentes por enfermeiro	Between Groups	65.407	3	21.802	2.286	.077
	Within Groups	10444.466	1095	9.538		
	Total	10509.873	1098			
Apoio ao nível organizacional	Between Groups	50.100	3	16.700	1.642	.178
	Within Groups	11136.644	1095	10.170		
	Total	11186.744	1098			
Políticas de saúde para a enfermagem	Between Groups	69.050	3	23.017	2.055	.105
	Within Groups	12263.966	1095	11.200		
	Total	12333.015	1098			
Relação com os doentes	Between Groups	17.990	3	5.997	.432	.730
	Within Groups	15186.958	1095	13.869		
	Total	15204.948	1098			
Pouco tempo para as tarefas	Between Groups	8.961	3	2.987	.305	.822
	Within Groups	10731.363	1095	9.800		
	Total	10740.324	1098			

Uma vez que o valor de prova é sempre superior a 5% para todos os stressores, aceita-se a hipótese da média ser igual para todas as classes da categoria profissional, não se verificando diferenças significativas.

Tabela 103 - Estudo da normalidade das distribuições da categoria profissional (teste K-S) para H04a

		Kolmogorov-Smirnov(a)		
		Statistic	df	Sig.
Relação com as chefias	Enfermeiro	.137	603	.000
	Enfermeiro-Graduado	.158	421	.000
	Enfermeiro-Especialista	.137	49	.022
	Enfermeiro-Chefe, -Supervisor ou -Director	.127	25	.200(*)
Sobrecarga laboral	Enfermeiro	.149	603	.000
	Enfermeiro-Graduado	.161	421	.000
	Enfermeiro-Especialista	.191	49	.000
	Enfermeiro-Chefe, -Supervisor ou -Director	.115	25	.200(*)
Lidar com a doença e a morte	Enfermeiro	.131	603	.000
	Enfermeiro-Graduado	.123	421	.000
	Enfermeiro-Especialista	.156	49	.004
	Enfermeiro-Chefe, -Supervisor ou -Director	.116	25	.200(*)
Salário recebido	Enfermeiro	.104	603	.000
	Enfermeiro-Graduado	.110	421	.000
	Enfermeiro-Especialista	.138	49	.021
	Enfermeiro-Chefe, -Supervisor ou -Director	.157	25	.115
Relação com os colegas de profissão	Enfermeiro	.146	603	.000
	Enfermeiro-Graduado	.146	421	.000
	Enfermeiro-Especialista	.206	49	.000
	Enfermeiro-Chefe, -Supervisor ou -Director	.124	25	.200(*)
Falta de formação	Enfermeiro	.107	603	.000
	Enfermeiro-Graduado	.097	421	.000
	Enfermeiro-Especialista	.118	49	.083
	Enfermeiro-Chefe, -Supervisor ou -Director	.153	25	.137
Relação com o corpo médico	Enfermeiro	.097	603	.000
	Enfermeiro-Graduado	.118	421	.000
	Enfermeiro-Especialista	.142	49	.015
	Enfermeiro-Chefe, -Supervisor ou -Director	.239	25	.001
Taxa de doentes por enfermeiro	Enfermeiro	.129	603	.000
	Enfermeiro-Graduado	.132	421	.000
	Enfermeiro-Especialista	.105	49	.200(*)
	Enfermeiro-Chefe, -Supervisor ou -Director	.129	25	.200(*)
Apoio ao nível organizacional	Enfermeiro	.108	603	.000
	Enfermeiro-Graduado	.097	421	.000
	Enfermeiro-Especialista	.102	49	.200(*)
	Enfermeiro-Chefe, -Supervisor ou -Director	.204	25	.009
Políticas de saúde para a enfermagem	Enfermeiro	.140	603	.000
	Enfermeiro-Graduado	.168	421	.000
	Enfermeiro-Especialista	.151	49	.007
	Enfermeiro-Chefe, -Supervisor ou -Director	.227	25	.002
Relação com os doentes	Enfermeiro	.121	603	.000
	Enfermeiro-Graduado	.112	421	.000
	Enfermeiro-Especialista	.152	49	.007
	Enfermeiro-Chefe, -Supervisor ou -Director	.145	25	.183
Pouco tempo para as tarefas	Enfermeiro	.153	603	.000
	Enfermeiro-Graduado	.152	421	.000
	Enfermeiro-Especialista	.166	49	.002
	Enfermeiro-Chefe, -Supervisor ou -Director	.129	25	.200(*)

a Correção de significância de Lilliefors

* Limite inferior da verdadeira significância.

Os resultados do teste K-S para averiguação do pressuposto da normalidade das distribuições das variáveis, constam da 103. Como já foi anteriormente referido, para que se possa aplicar um teste paramétrico, tem que verificar-se H_0 para todas as classes da variável qualitativa o que, neste caso, não se verifica para todos os stressores, pois existem sempre valores de prova inferiores a 5%, pelo que se rejeita para a hipótese nula.

O teste paramétrico será confirmado pelo teste não paramétrico equivalente.

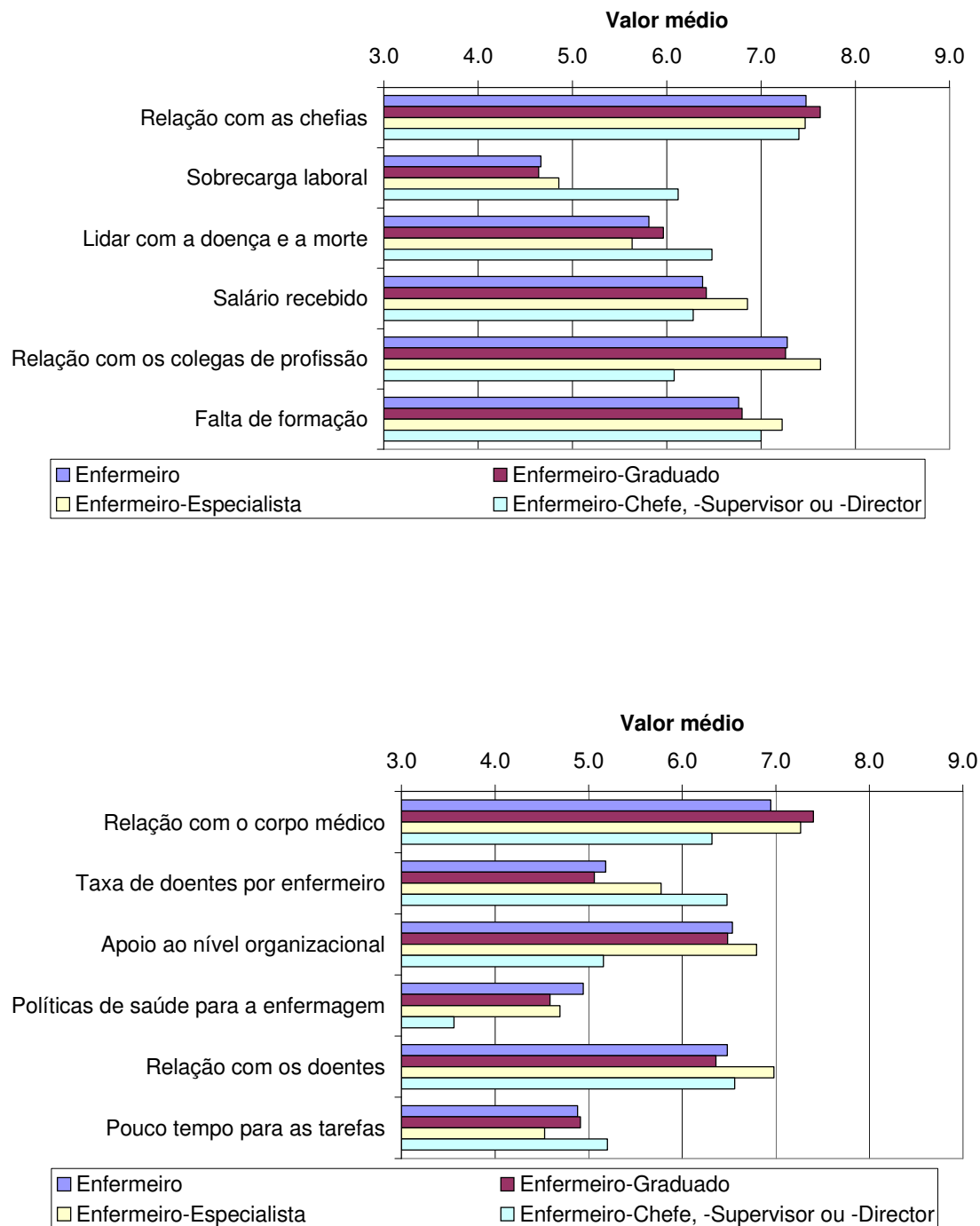
Tabela 104 - Resultados do Teste de Kruskal-Wallis (H04a)

	Chi-Square	df	Asymp. Sig.
Relação com as chefias	0.793	3	0.851
Sobrecarga laboral	5.977	3	0.113
Lidar com a doença e a morte	1.429	3	0.699
Salário recebido	0.890	3	0.828
Relação com os colegas de profissão	2.987	3	0.394
Falta de formação	0.980	3	0.806
Relação com o corpo médico	7.092	3	0.069
Taxa de doentes por enfermeiro	7.136	3	0.068
Apoio ao nível organizacional	5.064	3	0.167
Políticas de saúde para a enfermagem	8.129	3	0.043
Relação com os doentes	1.179	3	0.758
Pouco tempo para as tarefas	0.728	3	0.867

Os resultados obtidos da aplicação do teste de Kruskal-Wallis – que se podem observar na tabela 104 -, confirmam todos os resultados da ANOVA para todos os stressores, em que o valor de prova é superior a 5%, excepto para as políticas de saúde para a enfermagem (valor de prova 0.043), em que se passam a verificar diferenças estatisticamente significativas.

Ilustram-se de seguida as diferenças não significativas e significativas referenciadas, através dos seus valores médios. No que respeita à relação dos valores médios calculados para os stressores, com as diferentes classes da variável denominada por categoria profissional, conclui-se basicamente que o stressor políticas de saúde para a enfermagem é mais importante para os enfermeiros chefe, supervisor ou director, sendo as diferenças estatisticamente significativas. Na amostra, os restantes stressores apresentam algumas diferenças para as várias categorias, no entanto, estas diferenças observadas não são estatisticamente significativas.

Gráfico 67 - Valores médios dos stressores para a categoria profissional (H04a)



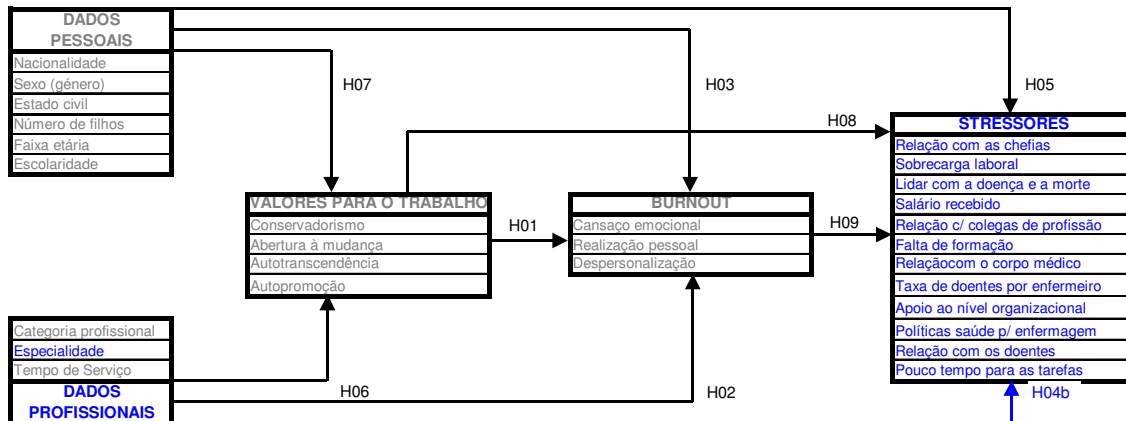
Ou seja, como a categoria profissional de enfermeiro não apresenta uma relação com a hierarquização dos stressores, excepto para um destes, pode afirmar-se que se infirma a hipótese H04a.

7.3.4.2. Análise da hipótese H04b

A relação implicada na hipótese H04b está representada a cor azul na figura que se apresenta a seguir.

Figura 32 – Destaque do desenho metodológico para a dedução da hipótese H04b

H04b – As diferentes especialidades têm diferentes hierarquias de stressores



Usa-se a Anova realizar o cruzamento entre os stressores (variáveis quantitativas) e a especialidade (variável nominal com seis classes), pelo que se começa pelo teste à homogeneidade de variâncias, cujos resultados se podem observar na tabela 105.

Tabela 105 - Teste da homogeneidade de variâncias (H04b)

	Levene Statistic	df1	df2	Sig.
Relação com as chefias	1.637	5	108	.156
Sobrecarga laboral	2.324	5	108	.048
Lidar com a doença e a morte	2.916	5	108	.016
Salário recebido	.736	5	108	.598
Relação com os colegas de profissão	2.169	5	108	.063
Falta de formação	1.031	5	108	.403
Relação com o corpo médico	.539	5	108	.746
Taxa de doentes por enfermeiro	1.264	5	108	.285
Apoio ao nível organizacional	.661	5	108	.653
Políticas de saúde para a enfermagem	.804	5	108	.549
Relação com os doentes	1.491	5	108	.199
Pouco tempo para as tarefas	1.211	5	108	.309

Considerando o arredondamento por excesso relativo ao valor de prova .048 do stressor sobrecarga laboral, pode afirmar-se que não se verifica o pressuposto da homogeneidade das variâncias apenas para um stressor (lidar com a doença e a morte,

valor de prova .016). Quando se verifica o pressuposto, a ANOVA é adequada, quando não se verifica, os seus resultados terão de ser confirmados pelo teste não paramétrico análogo. A ANOVA permite verificar as hipóteses anteriormente definidas.

Tabela 106 - Teste Anova para os doze stressores (H04b)

		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Relação com as chefias	Between Groups	42.406	5	8.481	.700	.625
	Within Groups	1308.374	108	12.115		
	Total	1350.781	113			
Sobrecarga laboral	Between Groups	95.528	5	19.106	1.847	.110
	Within Groups	1117.253	108	10.345		
	Total	1212.781	113			
Lidar com a doença e a morte	Between Groups	118.949	5	23.790	1.948	.092
	Within Groups	1318.990	108	12.213		
	Total	1437.939	113			
Salário recebido	Between Groups	30.423	5	6.085	.492	.782
	Within Groups	1336.357	108	12.374		
	Total	1366.781	113			
Relação com os colegas de Profissão	Between Groups	203.941	5	40.788	3.290	.008
	Within Groups	1339.051	108	12.399		
	Total	1542.991	113			
Falta de formação	Between Groups	53.277	5	10.655	1.020	.410
	Within Groups	1128.583	108	10.450		
	Total	1181.860	113			
Relação com o corpo médico	Between Groups	56.620	5	11.324	.877	.499
	Within Groups	1394.819	108	12.915		
	Total	1451.439	113			
Taxa de doentes por enfermeiro	Between Groups	145.591	5	29.118	3.028	.013
	Within Groups	1038.690	108	9.618		
	Total	1184.281	113			
Apoio ao nível organizacional	Between Groups	7.919	5	1.584	.142	.982
	Within Groups	1206.607	108	11.172		
	Total	1214.526	113			
Políticas de saúde para a enfermagem	Between Groups	53.541	5	10.708	.861	.510
	Within Groups	1342.529	108	12.431		
	Total	1396.070	113			
Relação com os doentes	Between Groups	17.104	5	3.421	.272	.928
	Within Groups	1359.387	108	12.587		
	Total	1376.491	113			
Pouco tempo para as tarefas	Between Groups	64.222	5	12.844	1.330	.257
	Within Groups	1042.699	108	9.655		
	Total	1106.921	113			

Os resultados do teste Anova que se observam na tabela 106, confirmam que o valor de prova é superior a 5% para dez dos stressores inquiridos, aceitando-se então a hipótese da média destes stressores ser igual para todas as categorias da especialidade, pois que não se verificam diferenças significativas. Este valor de prova é inferior a 5% para os stressores Relação com os colegas de profissão (.008) e Taxa de doentes por enfermeiros (.013), pelo que se rejeita a hipótese da média destes stressores ser igual para todas as classes da especialidade, pois que se registam diferenças significativas.

Tabela 107 - Estudo da normalidade das distribuições da especialidade (teste K-S) para H04b

		Kolmogorov-Smirnov(a)		
		Statistic	df	Sig.
Relação com as chefias	Saúde Materna e Obstetrícia	.221	10	.180
	Médico Cirúrgica	.178	41	.002
	Reabilitação	.181	17	.142
	Saúde Mental e Psiquiátrica	.199	15	.115
	Saúde Infantil e Pediatria	.220	8	.200(*)
Sobrecarga laboral	Enfermagem Comunitária	.142	23	.200(*)
	Saúde Materna e Obstetrícia	.215	10	.200(*)
	Médico Cirúrgica	.208	41	.000
	Reabilitação	.196	17	.081
	Saúde Mental e Psiquiátrica	.146	15	.200(*)
Lidar com a doença e a morte	Saúde Infantil e Pediatria	.167	8	.200(*)
	Enfermagem Comunitária	.136	23	.200(*)
	Saúde Materna e Obstetrícia	.155	10	.200(*)
	Médico Cirúrgica	.154	41	.016
	Reabilitação	.181	17	.143
Salário recebido	Saúde Mental e Psiquiátrica	.167	15	.200(*)
	Saúde Infantil e Pediatria	.232	8	.200(*)
	Enfermagem Comunitária	.228	23	.003
	Saúde Materna e Obstetrícia	.266	10	.044
	Médico Cirúrgica	.145	41	.030
Relação com os colegas de profissão	Reabilitação	.133	17	.200(*)
	Saúde Mental e Psiquiátrica	.211	15	.071
	Saúde Infantil e Pediatria	.223	8	.200(*)
	Enfermagem Comunitária	.151	23	.187
	Saúde Materna e Obstetrícia	.180	10	.200(*)
Falta de formação	Médico Cirúrgica	.155	41	.015
	Reabilitação	.110	17	.200(*)
	Saúde Mental e Psiquiátrica	.278	15	.003
	Saúde Infantil e Pediatria	.223	8	.200(*)
	Enfermagem Comunitária	.138	23	.200(*)
Relação com o corpo médico	Saúde Materna e Obstetrícia	.221	10	.183
	Médico Cirúrgica	.125	41	.107
	Reabilitação	.219	17	.030
	Saúde Mental e Psiquiátrica	.155	15	.200(*)
	Saúde Infantil e Pediatria	.161	8	.200(*)
Taxa de doentes por enfermeiro	Enfermagem Comunitária	.168	23	.093
	Saúde Materna e Obstetrícia	.130	10	.200(*)
	Médico Cirúrgica	.147	41	.026
	Reabilitação	.154	17	.200(*)
	Saúde Mental e Psiquiátrica	.147	15	.200(*)
Apoio ao nível organizacional	Saúde Infantil e Pediatria	.255	8	.136
	Enfermagem Comunitária	.205	23	.013
	Saúde Materna e Obstetrícia	.158	10	.200(*)
	Médico Cirúrgica	.198	41	.000
	Reabilitação	.186	17	.120
Políticas de saúde para a enfermagem	Saúde Mental e Psiquiátrica	.172	15	.200(*)
	Saúde Infantil e Pediatria	.141	8	.200(*)
	Enfermagem Comunitária	.123	23	.200(*)
	Saúde Materna e Obstetrícia	.273	10	.033
	Médico Cirúrgica	.125	41	.104
Relação com os doentes	Reabilitação	.197	17	.079
	Saúde Mental e Psiquiátrica	.172	15	.200(*)
	Saúde Infantil e Pediatria	.125	8	.200(*)
	Enfermagem Comunitária	.201	23	.016
	Saúde Materna e Obstetrícia	.233	10	.133
Pouco tempo para as tarefas	Médico Cirúrgica	.169	41	.005
	Reabilitação	.244	17	.008
	Saúde Mental e Psiquiátrica	.227	15	.036
	Saúde Infantil e Pediatria	.206	8	.200(*)
	Enfermagem Comunitária	.178	23	.056
Relação com os doentes	Saúde Materna e Obstetrícia	.236	10	.120
	Médico Cirúrgica	.119	41	.152
	Reabilitação	.141	17	.200(*)
	Saúde Mental e Psiquiátrica	.194	15	.132
	Saúde Infantil e Pediatria	.269	8	.093
Pouco tempo para as tarefas	Enfermagem Comunitária	.165	23	.105
	Saúde Materna e Obstetrícia	.177	10	.200(*)
	Médico Cirúrgica	.224	41	.000
	Reabilitação	.168	17	.200(*)
	Saúde Mental e Psiquiátrica	.171	15	.200(*)
Pouco tempo para as tarefas	Saúde Infantil e Pediatria	.250	8	.149
	Enfermagem Comunitária	.185	23	.039

a Correção de significância de Lilliefors

* Limite inferior da verdadeira significância.

Os resultados da aplicação do teste K-S para averiguar o pressuposto da normalidade das distribuições das variáveis, podem ser observados na tabela 107. Mais uma vez, dado que a aplicação de um teste paramétrico, obriga à confirmação de H_0 para todas as classes da variável qualitativa, uma vez que neste caso tal não se verifica para todos os stressores, pois que existem sempre valores de prova inferiores a 5%, rejeita-se para a hipótese nula. O teste paramétrico será confirmado pelo teste não paramétrico equivalente.

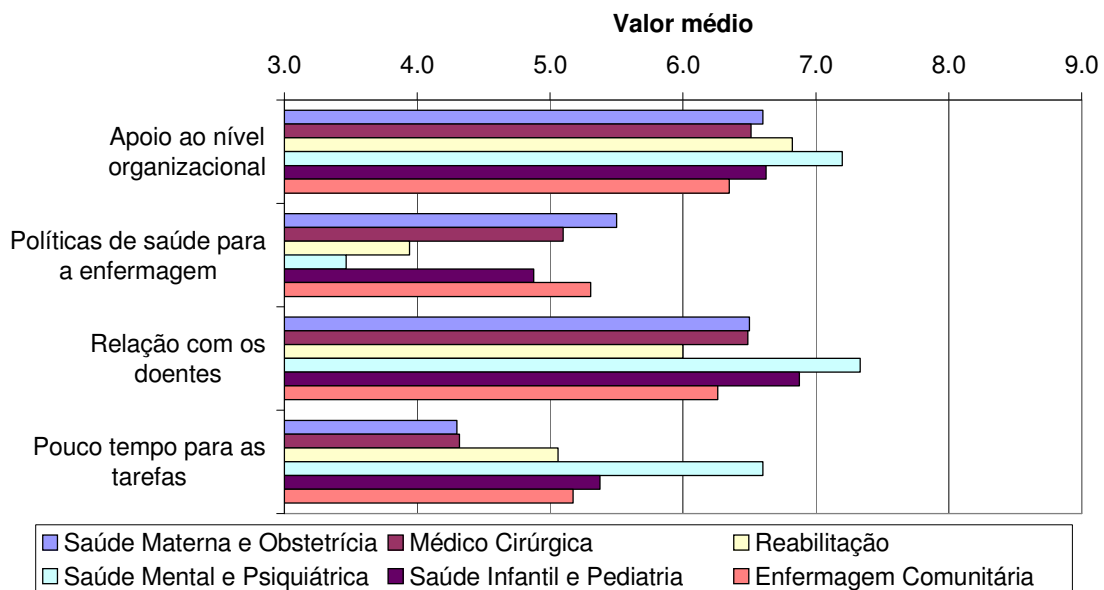
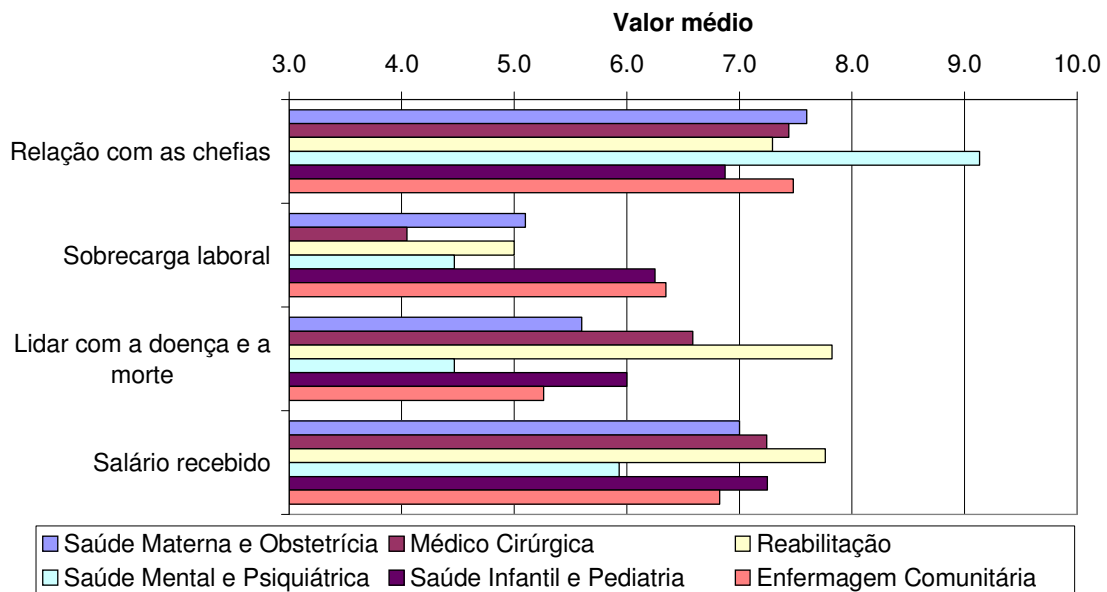
Face aos resultados do teste de Kruskal-Wallis, constata-se que o valor de prova é inferior a 5% apenas para os stressores Relação com os colegas de profissão (0.009) e Taxa de doentes por enfermeiro (0.019), pelo que se confirmam todos os resultados da ANOVA.

Tabela 108 - Resultados do Teste de Kruskal-Wallis (H04b)

	Chi-Square	df	Asymp. Sig.
Relação com as chefias	3.182	5	0.672
Sobrecarga laboral	6.700	5	0.244
Lidar com a doença e a morte	9.827	5	0.080
Salário recebido	2.717	5	0.743
Relação com os colegas de profissão	15.399	5	0.009
Falta de formação	4.519	5	0.477
Relação com o corpo médico	4.537	5	0.475
Taxa de doentes por enfermeiro	13.457	5	0.019
Apoio ao nível organizacional	0.662	5	0.985
Políticas de saúde para a enfermagem	5.482	5	0.360
Relação com os doentes	1.224	5	0.943
Pouco tempo para as tarefas	7.273	5	0.201

As representações gráficas seguintes, ilustram as diferenças não significativas e significativas, através dos seus valores médios. A representação gráfica da relação dos stressores com as diferentes especialidades, permite retirar as seguintes conclusões: o stressor relação com os colegas de profissão é mais importante para a especialidade de saúde infantil e pediátrica e menos importante para a de saúde mental e psiquiátrica; o stressor taxa de doentes por enfermeiros é mais importante para a especialidade médico cirúrgica e menos importante para as especialidades de saúde mental e psiquiátrica e de enfermagem comunitária, sendo estas diferenças observadas estatisticamente significativas. No que concerne aos restantes stressores, muito embora estes evidenciem algumas diferenças para as várias especialidades, estas diferenças não se consideram estatisticamente significativas.

Gráfico 68 - Valores médios dos stressores para as especialidades (H04b)



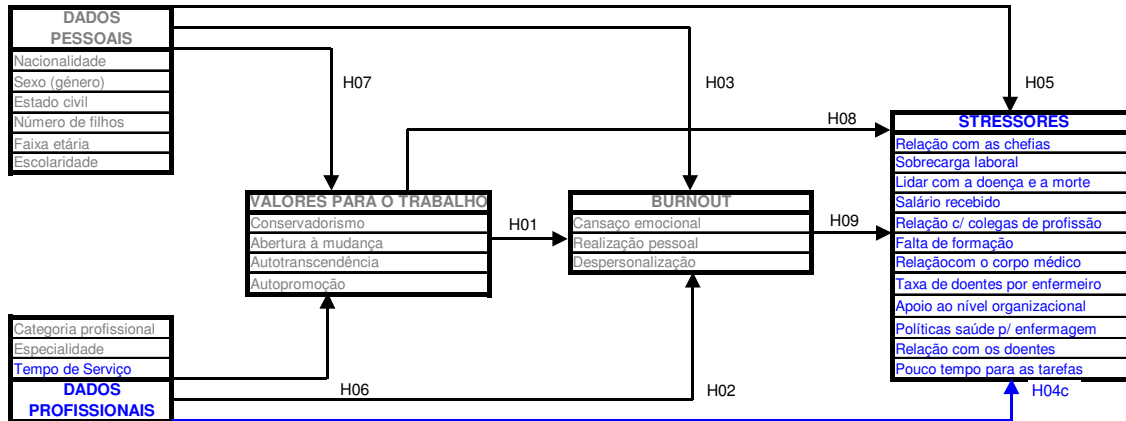
Ou seja, dado que a variável especialidade não apresenta uma relação com a hierarquização dos stressores, excepto para dois stressores, pode afirmar-se que globalmente não se confirma a hipótese H04b.

7.3.4.3. Análise da hipótese H04c

A figura que se apresenta a seguir reproduz a relação hipotetizada em H04c, destacando-se a cor azul as variáveis implicadas no seu estudo.

Figura 33 – Destaque do desenho metodológico para a dedução da hipótese H04c

H04c – Os diferentes períodos de tempo de serviço evidenciam diferentes hierarquias de stressores



O teste usado para o cruzamento entre os doze stressores (variável quantitativa) e o tempo de serviço (variável ordinal com cinco classes), é a Anova, pelo que se observa antes de mais a homogeneidade de variâncias, tal como consta na respectiva tabela.

Tabela 109 - Teste da homogeneidade de variâncias (H04c)

	Levene Statistic	df1	df2	Sig.
Relação com as chefias	1.389	4	1094	.236
Sobrecarga laboral	1.512	4	1095	.196
Lidar com a doença e a morte	1.516	4	1095	.195
Salário recebido	2.282	4	1095	.059
Relação com os colegas de profissão	1.422	4	1095	.224
Falta de formação	4.528	4	1095	.001
Relação com o corpo médico	3.268	4	1095	.011
Taxa de doentes por enfermeiro	.498	4	1095	.737
Apoio ao nível organizacional	2.596	4	1095	.035
Políticas de saúde para a enfermagem	.108	4	1095	.980
Relação com os doentes	5.008	4	1095	.001
Pouco tempo para as tarefas	1.029	4	1095	.391

Constata-se que não se verifica o pressuposto da homogeneidade das variâncias para quatro stressores (falta de formação, valor de prova .001; relação com o corpo médico, valor de prova .011; apoio ao nível organizacional, valor de prova .035; relação com os doentes, valor de prova .001).

Quando se verifica o pressuposto, a ANOVA é adequada, quando não se verifica, os seus resultados terão de ser confirmados pelo teste não paramétrico análogo. A ANOVA permite verificar as hipóteses anteriormente definidas.

Tabela 110 - Teste Anova para os doze stressores (H04c)

		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Relação com as chefias	Between Groups	185.874	4	46.468	3.885	.004
	Within Groups	13085.729	1094	11.961		
	Total	13271.603	1098			
Sobrecarga laboral	Between Groups	142.758	4	35.689	3.598	.006
	Within Groups	10860.610	1095	9.918		
	Total	11003.367	1099			
Lidar com a doença e a morte	Between Groups	82.019	4	20.505	1.715	.144
	Within Groups	13092.668	1095	11.957		
	Total	13174.687	1099			
Salário recebido	Between Groups	194.251	4	48.563	3.973	.003
	Within Groups	13383.839	1095	12.223		
	Total	13578.090	1099			
Relação com os colegas de	Between Groups	57.007	4	14.252	1.045	.383
	Within Groups	14940.152	1095	13.644		
	Total	14997.159	1099			
Falta de formação	Between Groups	56.317	4	14.079	1.289	.273
	Within Groups	11963.082	1095	10.925		
	Total	12019.399	1099			
Relação com o corpo médico	Between Groups	181.602	4	45.400	4.449	.001
	Within Groups	11173.318	1095	10.204		
	Total	11354.919	1099			
Taxa de doentes por enfermeiro	Between Groups	90.759	4	22.690	2.381	.050
	Within Groups	10436.663	1095	9.531		
	Total	10527.422	1099			
Apoio ao nível organizacional	Between Groups	34.704	4	8.676	.852	.493
	Within Groups	11154.295	1095	10.187		
	Total	11188.999	1099			
Políticas de saúde para a	Between Groups	86.751	4	21.688	1.938	.102
	Within Groups	12256.737	1095	11.193		
	Total	12343.487	1099			
Relação com os doentes	Between Groups	67.194	4	16.798	1.215	.303
	Within Groups	15139.883	1095	13.826		
	Total	15207.076	1099			
Pouco tempo para as tarefas	Between Groups	84.621	4	21.155	2.171	.070
	Within Groups	10670.778	1095	9.745		
	Total	10755.399	1099			

Tabela 111 - Estudo da normalidade das distribuições do tempo de serviço (teste K-S) para H04c

		Kolmogorov-Smirnov(a)		
		Statistic	df	Sig.
Relação com as chefias	< 2 anos	.127	265	.000
	2 a 5 anos	.140	246	.000
	6 a 10 anos	.169	238	.000
	11 a 15 anos	.174	165	.000
	> 15 anos	.134	185	.000
Sobrecarga laboral	< 2 anos	.144	265	.000
	2 a 5 anos	.151	246	.000
	6 a 10 anos	.187	238	.000
	11 a 15 anos	.151	165	.000
	> 15 anos	.141	185	.000
Lidar com a doença e a morte	< 2 anos	.150	265	.000
	2 a 5 anos	.113	246	.000
	6 a 10 anos	.134	238	.000
	11 a 15 anos	.109	165	.000
	> 15 anos	.143	185	.000
Salário recebido	< 2 anos	.124	265	.000
	2 a 5 anos	.105	246	.000
	6 a 10 anos	.115	238	.000
	11 a 15 anos	.119	165	.000
	> 15 anos	.127	185	.000
Relação com os colegas de profissão	< 2 anos	.144	265	.000
	2 a 5 anos	.149	246	.000
	6 a 10 anos	.152	238	.000
	11 a 15 anos	.154	165	.000
	> 15 anos	.142	185	.000
Falta de formação	< 2 anos	.115	265	.000
	2 a 5 anos	.119	246	.000
	6 a 10 anos	.099	238	.000
	11 a 15 anos	.087	165	.004
	> 15 anos	.089	185	.001
Relação com o corpo médico	< 2 anos	.096	265	.000
	2 a 5 anos	.080	246	.001
	6 a 10 anos	.121	238	.000
	11 a 15 anos	.126	165	.000
	> 15 anos	.125	185	.000
Taxa de doentes por enfermeiro	< 2 anos	.117	265	.000
	2 a 5 anos	.133	246	.000
	6 a 10 anos	.155	238	.000
	11 a 15 anos	.132	165	.000
	> 15 anos	.112	185	.000
Apoio ao nível organizacional	< 2 anos	.099	265	.000
	2 a 5 anos	.132	246	.000
	6 a 10 anos	.105	238	.000
	11 a 15 anos	.097	165	.001
	> 15 anos	.117	185	.000
Políticas de saúde para a enfermagem	< 2 anos	.131	265	.000
	2 a 5 anos	.153	246	.000
	6 a 10 anos	.192	238	.000
	11 a 15 anos	.156	165	.000
	> 15 anos	.158	185	.000
Relação com os doentes	< 2 anos	.134	265	.000
	2 a 5 anos	.120	246	.000
	6 a 10 anos	.089	238	.000
	11 a 15 anos	.135	165	.000
	> 15 anos	.136	185	.000
Pouco tempo para as tarefas	< 2 anos	.157	265	.000
	2 a 5 anos	.143	246	.000
	6 a 10 anos	.159	238	.000
	11 a 15 anos	.180	165	.000
	> 15 anos	.123	185	.000

a Correção de significância de Lilliefors

* Limite inferior da verdadeira significância.

Tal como se pode observar na tabela 110, como o valor de prova é superior a 5% para oito stressores, aceita-se a hipótese da média destes stressores ser igual para todas

as categorias do tempo de serviço, pois que não se verificam diferenças significativas. Por outro lado, uma vez que o valor de prova é inferior a 5% para quatro stressores (Relação com as chefias, .004; Sobrecarga laboral, .006; Salário recebido, .003; Relação com o corpo médico, .001), rejeita-se a hipótese da média destes stressores ser igual para todas as categorias tempo de serviço, pois que se verificam diferenças significativas.

Da aplicação do teste K-S, obtêm-se os resultados que se apresentam na tabela 111. Uma vez a hipótese H_0 não se verifica para nenhuma das classes da variável qualitativa, pois os valores de prova são sempre inferiores a 5%, rejeita-se a hipótese nula para estes factores. O teste paramétrico será confirmado pelo teste não paramétrico equivalente.

Os resultados do teste de Kruskal-Wallis efectuado, confirmam globalmente os resultados da Anova, excepto para as Políticas de saúde para a enfermagem (valor de prova 0.044), que passa também a exibir diferenças significativas..

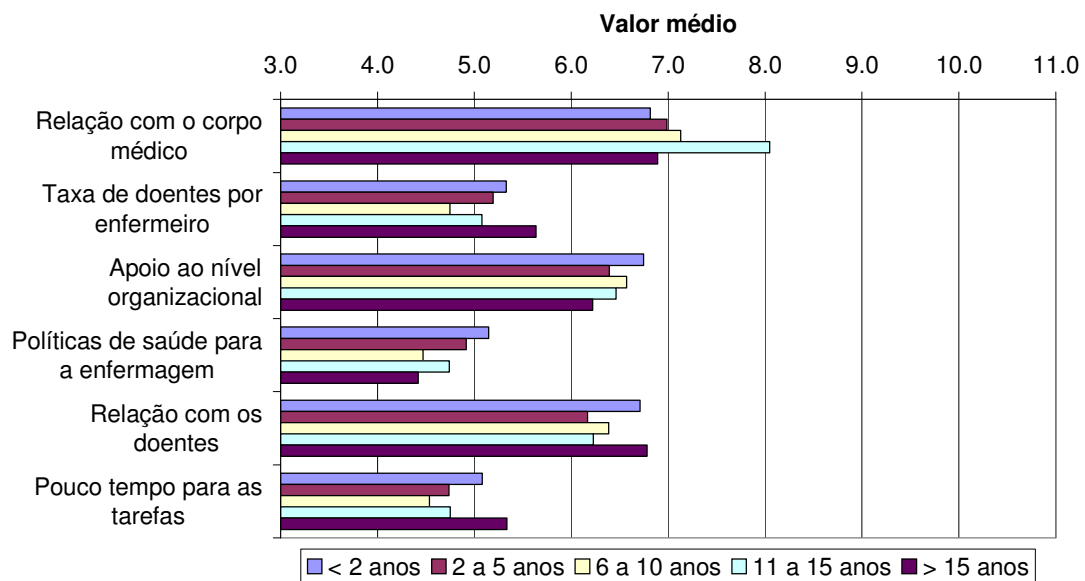
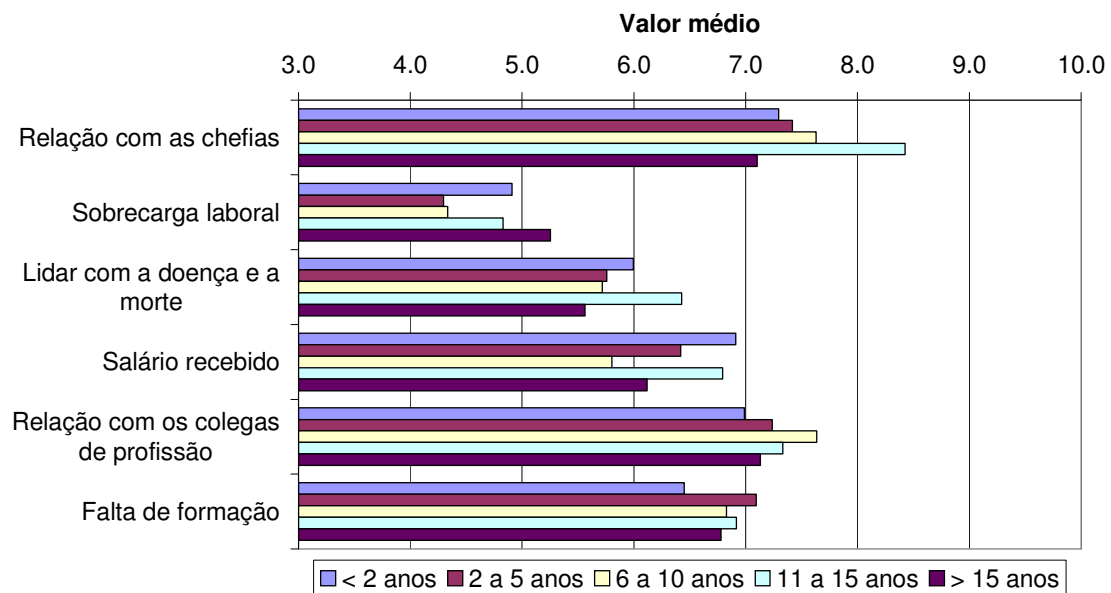
Tabela 112 - Resultados do Teste de Kruskal-Wallis (H04c)

	Chi-Square	df	Asymp. Sig.
Relação com as chefias	16.084	4	0.003
Sobrecarga laboral	14.539	4	0.006
Lidar com a doença e a morte	6.909	4	0.141
Salário recebido	15.639	4	0.004
Relação com os colegas de profissão	3.890	4	0.421
Falta de formação	4.600	4	0.331
Relação com o corpo médico	17.620	4	0.001
Taxa de doentes por enfermeiro	9.336	4	0.053
Apoio ao nível organizacional	3.314	4	0.507
Políticas de saúde para a enfermagem	9.785	4	0.044
Relação com os doentes	4.448	4	0.349
Pouco tempo para as tarefas	8.346	4	0.080

A representação gráfica que a seguir se observa ilustra as diferenças significativas, através dos seus valores médios.

A relação estabelecida entre os valores médios dos stressores e a variável tempo de serviço, permite concluir que a hipótese H04c se verifica muitas vezes, pois que o tempo de serviço apresenta uma relação com cinco dos stressores. Os restantes sete stressores apresentam algumas diferenças para as várias classes de tempo de serviço, no entanto, estas diferenças não são estatisticamente significativas.

Gráfico 69 - Valores médios dos stressores para o tempo de serviço (H04c)



7.3.5. Análise da hipótese H05

A hipótese geral formulada, procura compreender a natureza das possíveis relações que existem entre alguns dados pessoais (sexo, estado civil, número de filhos, faixa etária e escolaridade) e as hierarquias de stressores possíveis. Tal como para a hipótese anterior, também não foram encontradas quaisquer referências bibliográficas referentes à associação dos dados pessoais com o conjunto de stressores constituído, pelo que se

assume que as relações encontradas no decurso do estudo das hipóteses, tenham ou não sido hipotetizadas, são aquelas que se podem observar ao nível dos profissionais de enfermagem.

H05: Os dados pessoais reflectem-se em diferentes hierarquias de stressores

H05a – Os homens têm uma hierarquia de stressores diferente das mulheres.

H05b – Os diferentes estados civis revelam diferentes hierarquias de stressores.

H05c – Aqueles profissionais que não têm nenhum filho apresentam uma hierarquia de stressores diferente daqueles com filhos.

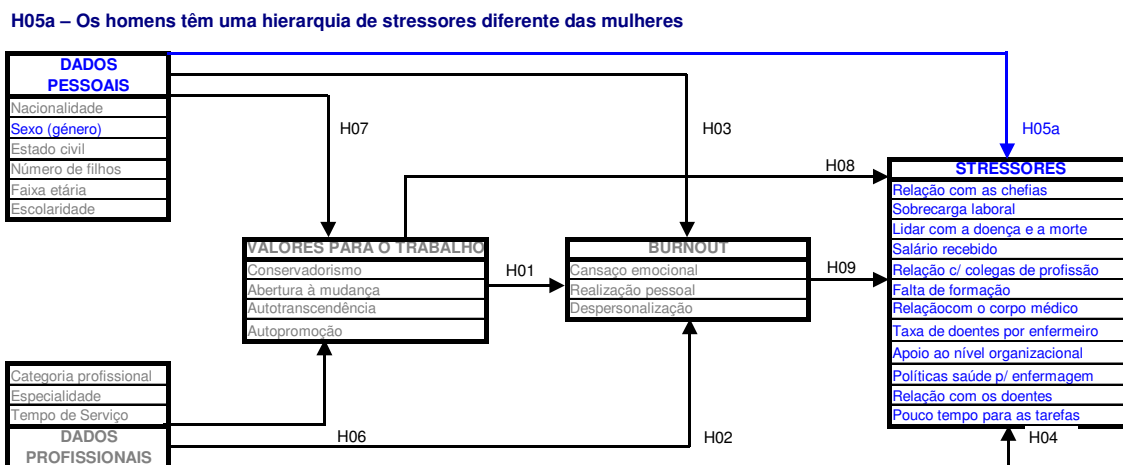
H05d – As diferentes faixas etárias evidenciam diferentes hierarquizações dos stressores.

H05e – Cada um dos níveis de escolaridade tem uma hierarquia de stressores distinta.

7.3.5.1. Análise da hipótese H05a

A relação hipotetizada em H05a encontra-se representada em destaque a cor azul na figura que se apresenta a seguir, bem como as variáveis envolvidas no seu estudo.

Figura 34 – Destaque do desenho metodológico para a dedução da hipótese H05a



Considerando que os stressores são variáveis quantitativas e que o sexo constitui uma variável nominal dicotómica, usa-se o teste paramétrico *t de Student*, já explicado,

para a realização do cruzamento entre os stressores e o sexo, cujos resultados se podem observar na sua forma resumida na tabela 113.

Tabela 113 - Teste *t* de Student para o cruzamento dos stressores com o sexo (H05a)

		Levene's Test		t-test for Equality of Means		
		F	Sig.	t	Df	Sig.
Relação com as chefias	Equal variances assumed	.638	.425	.885	1097	.376
	Equal variances not assumed			.900	434.995	.369
Sobrecarga laboral	Equal variances assumed	4.320	.038	1.318	1098	.188
	Equal variances not assumed			1.267	400.124	.206
Lidar com a doença e a morte	Equal variances assumed	1.023	.312	2.107	1098	.035
	Equal variances not assumed			2.080	415.610	.038
Salário recebido	Equal variances assumed	.006	.936	-.839	1098	.402
	Equal variances not assumed			-.838	423.449	.403
Relação com os colegas de profissão	Equal variances assumed	.264	.607	1.223	1098	.221
	Equal variances not assumed			1.211	417.168	.227
Falta de formação	Equal variances assumed	4.117	.043	-.578	1098	.563
	Equal variances not assumed			-.607	458.965	.544
Relação com o corpo médico	Equal variances assumed	.916	.339	.885	1098	.376
	Equal variances not assumed			.892	429.208	.373
Taxa de doentes por enfermeiro	Equal variances assumed	2.276	.132	.319	1098	.750
	Equal variances not assumed			.311	408.125	.756
Apoio ao nível organizacional	Equal variances assumed	3.304	.069	.284	1098	.776
	Equal variances not assumed			.277	406.863	.782
Políticas de saúde para a enfermagem	Equal variances assumed	5.346	.021	-.887	1098	.375
	Equal variances not assumed			-.936	463.176	.350
Relação com os doentes	Equal variances assumed	3.355	.067	1.481	1098	.139
	Equal variances not assumed			1.524	444.074	.128
Pouco tempo para as tarefas	Equal variances assumed	.588	.443	.743	1098	.458
	Equal variances not assumed			.757	437.030	.449

Para a leitura dos resultados do teste de Levene, é importante recordar que: para os casos em que o valor de prova é superior a 5% (**a verde**) não se rejeita H_0 , antes se consideram as variâncias iguais para os dois grupos (*equal variances assumed*); quando o valor de prova é inferior a 5% (**a azul, quando ocorrer**) não se rejeita H_0 e consideram-se as variâncias iguais para os dois grupos (*equal variances not assumed*).

Do mesmo modo, para a correcta interpretação dos resultados do teste *t*, interessa ter presente que: quando o valor de prova é superior a 5% se aceita H_0 e se

rejeita H_1 - considerando-se ainda que não existem diferenças estatisticamente significativas entre os dois sexos para quase todos os stressores, neste caso concreto; para aqueles casos em que o valor de prova é inferior a 5%, rejeita-se H_0 e aceita-se H_1 , considerando-se porém que existem diferenças estatisticamente significativas entre os dois sexos para o stressor lidar com a doença e a morte.

Para aplicar um teste estatístico paramétrico, é necessário verificar o pressuposto da normalidade, com o teste K-S, em que se obtêm os resultados apresentados na tabela 114.

Tabela 114 - Estudo da normalidade das distribuições do sexo (teste K-S) para H05a

		K-S (a)		
		Statistic	Df	Sig.
Relação com as chefias	Masculino	.148	257	.000
	Feminino	.145	842	.000
Sobrecarga laboral	Masculino	.177	257	.000
	Feminino	.147	843	.000
Lidar com a doença e a morte	Masculino	.131	257	.000
	Feminino	.125	843	.000
Salário recebido	Masculino	.106	257	.000
	Feminino	.102	843	.000
Relação com os colegas de profissão	Masculino	.156	257	.000
	Feminino	.146	843	.000
Falta de formação	Masculino	.107	257	.000
	Feminino	.100	843	.000
Relação com o corpo médico	Masculino	.093	257	.000
	Feminino	.113	843	.000
Taxa de doentes por enfermeiro	Masculino	.156	257	.000
	Feminino	.124	843	.000
Apoio ao nível organizacional	Masculino	.116	257	.000
	Feminino	.096	843	.000
Políticas de saúde para a enfermagem	Masculino	.142	257	.000
	Feminino	.154	843	.000
Relação com os doentes	Masculino	.121	257	.000
	Feminino	.119	843	.000
Pouco tempo para as tarefas	Masculino	.139	257	.000
	Feminino	.157	843	.000

a Correção de significância de Lilliefors
 * Limite inferior da verdadeira significância.

Para que se possa aplicar um teste paramétrico, tem que verificar-se H_0 para todas as classes da variável qualitativa, o que, neste caso, não se verifica para todos os stressores, pois os valores de prova são inferiores a 5%, pelo que se rejeita para estes

factores a hipótese nula. O teste paramétrico será confirmado pelo teste não paramétrico equivalente.

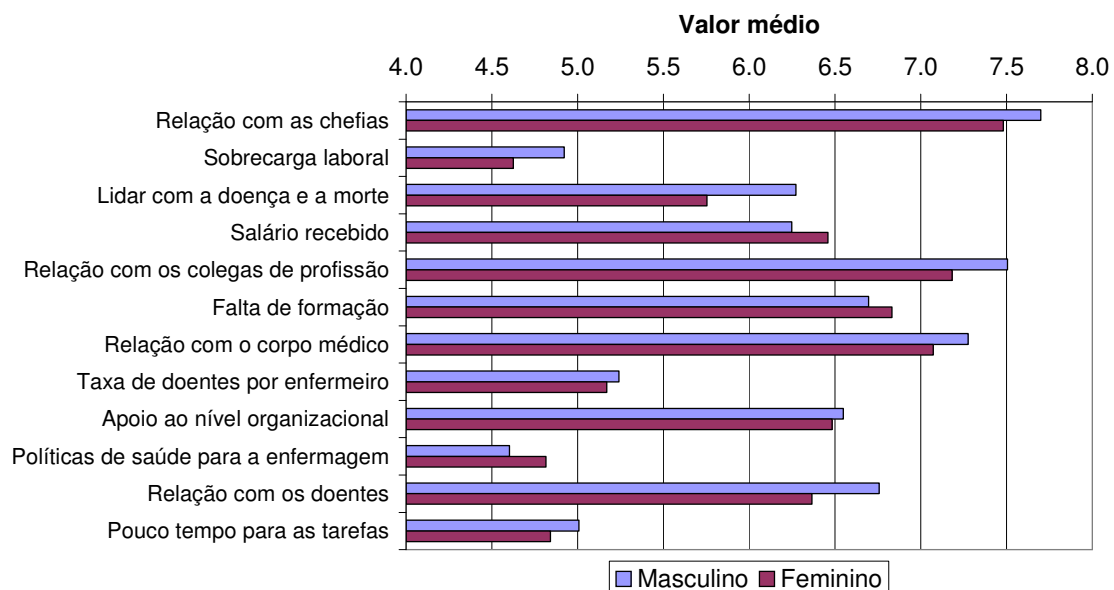
Tabela 115 - Teste de Mann-Whitney para o cruzamento dos stressores com o sexo (H05a)

	Mann-Whitney U	Wilcoxon W	Z	Asymp. Sig. (2- tailed)
Relação com as chefias	104402	459305	-0.856	0.392
Sobrecarga laboral	103646.5	459392.5	-1.057	0.291
Lidar com a doença e a morte	99030	454776	-2.093	0.036
Salário recebido	104565	137718	-0.846	0.397
Relação com os colegas de profissão	102197	457943	-1.381	0.167
Falta de formação	105154.5	138307.5	-0.714	0.475
Relação com o corpo médico	104579	460325	-0.844	0.399
Taxa de doentes por enfermeiro	107801.5	463547.5	-0.118	0.906
Apoio ao nível organizacional	106869.5	462615.5	-0.328	0.743
Políticas de saúde para a enfermagem	106287.5	139440.5	-0.461	0.645
Relação com os doentes	101906.5	457652.5	-1.446	0.148
Pouco tempo para as tarefas	103763.5	459509.5	-1.030	0.303

Os resultados do teste de Mann-Whitney podem ser observados na tabela anterior (115), em que fica patente que se confirmam na totalidade os resultados do teste t, salvo a excepção anteriormente salvaguardada para o stressor lidar com a doença e a morte, que tem um valor de prova 0.036 inferior a 5%.

O gráfico seguinte esclarece as diferenças existentes, não significativas e significativas, através dos seus valores médios.

Gráfico 70 - Valores médios dos stressores para os diferentes sexos (H05a)



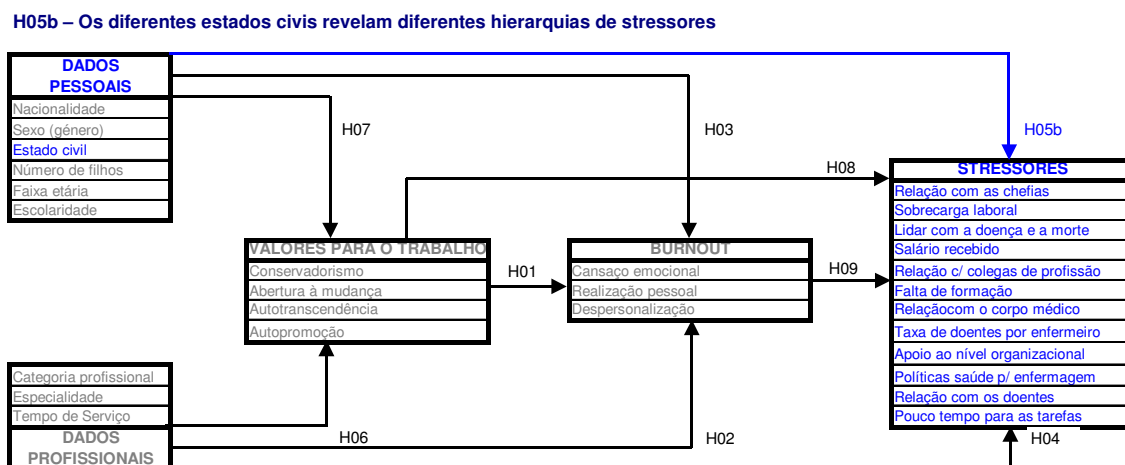
Em termos conclusivos, interessa salientar o facto de o stressor lidar com o doença e a morte apresentar valores médios superiores para o sexo masculino, razão por que é menos importante para os homens - pois que quanto maior o valor, menor a hierarquização do stressor -, sendo as diferenças observadas estatisticamente significativas. Os restantes stressores apresentam valores médios com algumas diferenças entre os sexos, no entanto, estas diferenças não são estatisticamente significativas.

Ou seja, dado que apenas se verificam diferenças estatisticamente significativas apenas para um dos doze stressores, infirma-se a hipótese H05a, que postulava que os homens têm uma hierarquia de stressores diferente das mulheres.

7.3.5.2. Análise da hipótese H05b

A figura que se apresenta seguidamente, destaca a cor azul não só a relação hipotetizada em H05b, como também as diferentes variáveis que integram a formulação desta hipótese.

Figura 35 – Destaque do desenho metodológico para a dedução da hipótese H05b



Uma vez que os stressores são variáveis quantitativas e o estado civil é uma variável nominal com quatro classes, o cruzamento entre estas variáveis é efectuado com recurso ao teste ANOVA.

Tabela 116 - Teste da homogeneidade de variâncias (H05b)

	Levene Statistic	df1	df2	Sig.
Relação com as chefias	1.848	3	1095	.137
Sobrecarga laboral	2.303	3	1096	.075
Lidar com a doença e a morte	1.421	3	1096	.235
Salário recebido	.482	3	1096	.695
Relação com os colegas de profissão	4.817	3	1096	.002
Falta de formação	2.130	3	1096	.095
Relação com o corpo médico	.323	3	1096	.809
Taxa de doentes por enfermeiro	1.384	3	1096	.246
Apoio ao nível organizacional	1.426	3	1096	.234
Políticas de saúde para a enfermagem	.235	3	1096	.872
Relação com os doentes	5.754	3	1096	.001
Pouco tempo para as tarefas	2.503	3	1096	.058

A tabela 116 apresenta os resultados do teste à homogeneidade de variâncias, não se verificando o pressuposto da homogeneidade das variâncias apenas para dois stressores.

Quando se verifica o pressuposto, a ANOVA é adequada, quando não se verifica, os seus resultados terão de ser confirmados pelo teste não paramétrico análogo.

Ou seja, a ANOVA permite verificar as hipóteses anteriormente definidas.

Da observação da tabela resultante da realização da Anova (tabela 117), verifica-se que o valor de prova é superior a 5% para sete stressores, pelo que não se verificam diferenças significativas e se aceita a hipótese da média destes stressores ser igual para todas as categorias do estado civil.

Não obstante, o valor de prova é inferior a 5% para os stressores: relação com as chefias (.014), sobrecarga laboral (.018), salário recebido (.002), relação com os colegas de profissão (.009) e relação com o corpo médico (.013).

Uma vez que se registam diferenças significativas, rejeita-se a hipótese da média destes stressores ser igual para todas as categorias do estado civil.

Tabela 117 - Teste Anova para os doze stressores (H05b)

		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Relação com as chefias	Between Groups	127.152	3	42.384	3.531	.014
	Within Groups	13144.451	1095	12.004		
	Total	13271.603	1098			
Sobrecarga laboral	Between Groups	101.065	3	33.688	3.387	.018
	Within Groups	10902.302	1096	9.947		
	Total	11003.367	1099			
Lidar com a doença e a morte	Between Groups	17.359	3	5.786	.482	.695
	Within Groups	13157.328	1096	12.005		
	Total	13174.687	1099			
Salário recebido	Between Groups	186.649	3	62.216	5.092	.002
	Within Groups	13391.441	1096	12.218		
	Total	13578.090	1099			
Relação com os colegas de profissão	Between Groups	159.003	3	53.001	3.915	.009
	Within Groups	14838.156	1096	13.538		
	Total	14997.159	1099			
Falta de formação	Between Groups	2.027	3	.676	.062	.980
	Within Groups	12017.372	1096	10.965		
	Total	12019.399	1099			
Relação com o corpo médico	Between Groups	111.249	3	37.083	3.615	.013
	Within Groups	11243.670	1096	10.259		
	Total	11354.919	1099			
Taxa de doentes por enfermeiro	Between Groups	61.549	3	20.516	2.148	.092
	Within Groups	10465.873	1096	9.549		
	Total	10527.422	1099			
Apoio ao nível organizacional	Between Groups	7.036	3	2.345	.230	.876
	Within Groups	11181.963	1096	10.203		
	Total	11188.999	1099			
Políticas de saúde para a enfermagem	Between Groups	79.007	3	26.336	2.353	.071
	Within Groups	12264.480	1096	11.190		
	Total	12343.487	1099			
Relação com os doentes	Between Groups	100.009	3	33.336	2.419	.065
	Within Groups	15107.067	1096	13.784		
	Total	15207.076	1099			
Pouco tempo para as tarefas	Between Groups	74.571	3	24.857	2.551	.054
	Within Groups	10680.828	1096	9.745		
	Total	10755.399	1099			

A tabela seguinte, que resulta da necessidade de verificar o pressuposto da normalidade das distribuições das variáveis com o teste K-S para aplicar um teste estatístico paramétrico, exhibe resultados que permitem afirmar que o pressuposto da distribuição normal não se verifica para todos os stressores, pois existem sempre valores de prova inferiores a 5%, pelo que se rejeita sempre a hipótese nula. O teste paramétrico será confirmado pelo teste não paramétrico equivalente.

Tabela 118 - Estudo da normalidade das distribuições do estado civil (teste K-S) para H05b

		Kolmogorov-Smirnov(a)		
		Statistic	df	Sig.
Relação com as chefias	Solteiro	.136	477	.000
	Casado	.155	457	.000
	Junto	.151	112	.000
	Divorciado, Separado ou Viúvo	.166	53	.001
Sobrecarga laboral	Solteiro	.157	477	.000
	Casado	.141	458	.000
	Junto	.196	112	.000
	Divorciado, Separado ou Viúvo	.138	53	.013
Lidar com a doença e a morte	Solteiro	.124	477	.000
	Casado	.136	458	.000
	Junto	.115	112	.001
	Divorciado, Separado ou Viúvo	.137	53	.014
Salário recebido	Solteiro	.101	477	.000
	Casado	.125	458	.000
	Junto	.192	112	.000
	Divorciado, Separado ou Viúvo	.108	53	.178
Relação com os colegas de profissão	Solteiro	.150	477	.000
	Casado	.137	458	.000
	Junto	.171	112	.000
	Divorciado, Separado ou Viúvo	.169	53	.001
Falta de formação	Solteiro	.106	477	.000
	Casado	.096	458	.000
	Junto	.113	112	.001
	Divorciado, Separado ou Viúvo	.116	53	.073
Relação com o corpo médico	Solteiro	.095	477	.000
	Casado	.116	458	.000
	Junto	.129	112	.000
	Divorciado, Separado ou Viúvo	.095	53	.200(*)
Taxa de doentes por enfermeiro	Solteiro	.128	477	.000
	Casado	.122	458	.000
	Junto	.161	112	.000
	Divorciado, Separado ou Viúvo	.102	53	.200(*)
Apoio ao nível organizacional	Solteiro	.104	477	.000
	Casado	.095	458	.000
	Junto	.097	112	.011
	Divorciado, Separado ou Viúvo	.153	53	.003
Políticas de saúde para a enfermagem	Solteiro	.153	477	.000
	Casado	.172	458	.000
	Junto	.191	112	.000
	Divorciado, Separado ou Viúvo	.152	53	.004
Relação com os doentes	Solteiro	.123	477	.000
	Casado	.114	458	.000
	Junto	.100	112	.008
	Divorciado, Separado ou Viúvo	.162	53	.001
Pouco tempo para as tarefas	Solteiro	.148	477	.000
	Casado	.159	458	.000
	Junto	.171	112	.000
	Divorciado, Separado ou Viúvo	.135	53	.017

a Correção de significância de Lilliefors

* Limite inferior da verdadeira significância.

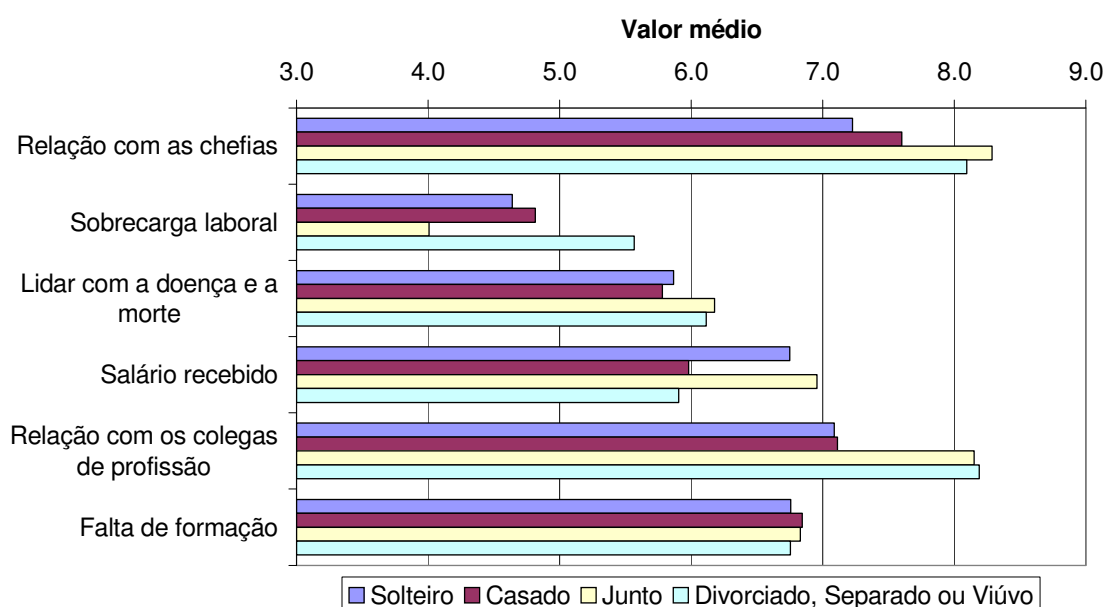
Face aos resultados do teste de Kruskal-Wallis (ver tabela 119), constata-se que o valor de prova é inferior a 5% para os mesmos stressores que anteriormente, mas também para as Políticas de saúde para a enfermagem que surge com um valor de prova de 0.032. Uma vez que se verificam diferenças significativas para estes stressores, confirmam-se todos os resultados da ANOVA, com excepção das políticas de saúde para a enfermagem, stressor que também passa a apresentar diferenças significativas. De seguida, ilustram-se graficamente as diferenças significativas e não significativas, através dos seus valores médios.

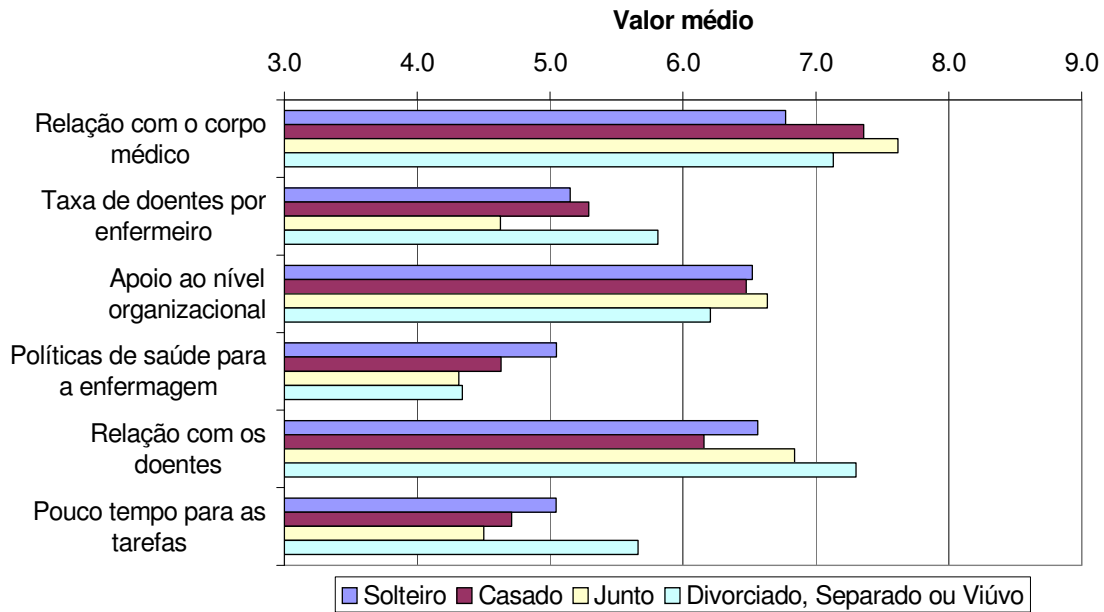
Tabela 119 - Resultados do Teste de Kruskal-Wallis (H05b)

	Chi-Square	df	Asymp. Sig.
Relação com as chefias	10.807	3	0.013
Sobrecarga laboral	9.494	3	0.023
Lidar com a doença e a morte	1.665	3	0.645
Salário recebido	15.048	3	0.002
Relação com os colegas de profissão	9.849	3	0.020
Falta de formação	0.167	3	0.983
Relação com o corpo médico	11.346	3	0.010
Taxa de doentes por enfermeiro	5.753	3	0.124
Apoio ao nível organizacional	0.653	3	0.884
Políticas de saúde para a enfermagem	8.828	3	0.032
Relação com os doentes	7.430	3	0.059
Pouco tempo para as tarefas	7.758	3	0.051

Observa-se então que para metade dos stressores (Relação com as chefias, Sobrecarga laboral, Salário recebido, Relação com os colegas de profissão, Relação com o corpo médico e Políticas de saúde para a enfermagem) se verificam diferenças estatisticamente significativas, havendo pois uma relação de seis stressores com o estado civil, que permite concluir que os diferentes estados civis revelam diferentes hierarquias de stressores. Ou seja, confirma-se a hipótese H05b, que defendia que os diferentes estados civis revelam diferentes hierarquias de stressores.

Gráfico 71 - Valores médios dos stressores para o estado civil (H05b)



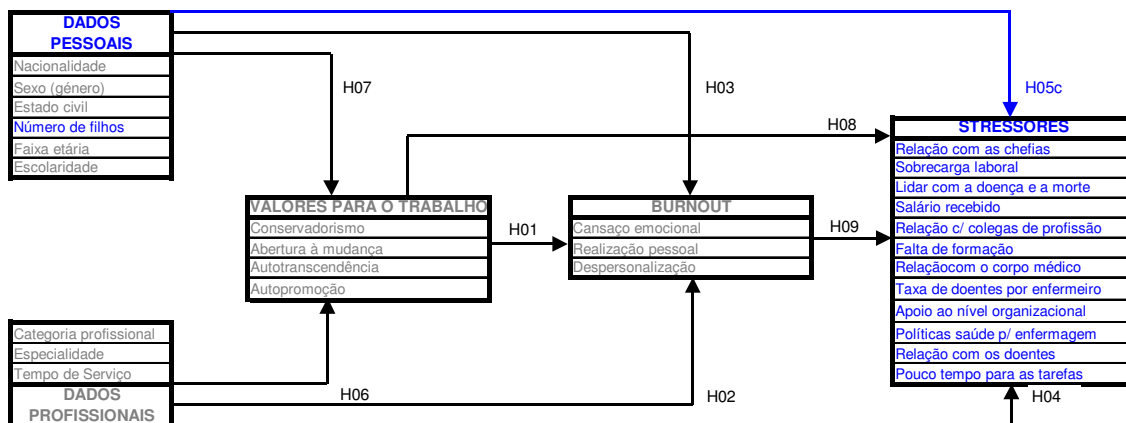


7.3.5.3. Análise da hipótese H05c

A hipótese H05c é destacada a cor azul na figura que se apresenta a seguir, assim como as variáveis que integram a sua formulação.

Figura 36 – Destaque do desenho metodológico para a dedução da hipótese H05c

H05c – Os profissionais sem filhos apresentam uma hierarquia de stressores diferente daqueles com filhos



Tal como para a hipótese anterior, utiliza-se a Anova para o cruzamento entre os doze stressores (variável quantitativa) e o número de filhos (variável ordinal com quatro classes), começando-se pelo teste à homogeneidade de variâncias que apresenta os resultados que se podem observar na tabela seguinte.

Tabela 120- Teste da homogeneidade de variâncias (H05c)

	Levene Statistic	df1	df2	Sig.
Relação com as chefias	1.299	3	1095	.273
Sobrecarga laboral	1.254	3	1096	.289
Lidar com a doença e a morte	.249	3	1096	.862
Salário recebido	.458	3	1096	.712
Relação com os colegas de profissão	1.722	3	1096	.161
Falta de formação	.523	3	1096	.666
Relação com o corpo médico	2.618	3	1096	.051
Taxa de doentes por enfermeiro	1.340	3	1096	.260
Apoio ao nível organizacional	1.065	3	1096	.363
Políticas de saúde para a enfermagem	2.177	3	1096	.089
Relação com os doentes	1.451	3	1096	.226
Pouco tempo para as tarefas	.275	3	1096	.843

Verifica-se o pressuposto da homogeneidade das variâncias (valor de prova superior a 5%, o que implica não rejeitar a hipótese nula) para todos os stressores. Quando se verifica o pressuposto, a ANOVA é adequada, quando não se verifica, os seus resultados terão de ser confirmados pelo teste não paramétrico análogo. Ou seja, a ANOVA permite verificar as hipóteses anteriormente definidas.

Tabela 121 - Teste Anova para os doze stressores (H05c)

		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Relação com as chefias	Between Groups	48.271	3	16.090	1.332	.262
	Within Groups	13223.333	1095	12.076		
	Total	13271.603	1098			
Sobrecarga laboral	Between Groups	18.830	3	6.277	.626	.598
	Within Groups	10984.538	1096	10.022		
	Total	11003.367	1099			
Lidar com a doença e a morte	Between Groups	10.238	3	3.413	.284	.837
	Within Groups	13164.449	1096	12.011		
	Total	13174.687	1099			
Salário recebido	Between Groups	86.270	3	28.757	2.336	.072
	Within Groups	13491.820	1096	12.310		
	Total	13578.090	1099			
Relação com os colegas de profissão	Between Groups	30.929	3	10.310	.755	.520
	Within Groups	14966.230	1096	13.655		
	Total	14997.159	1099			
Falta de formação	Between Groups	20.946	3	6.982	.638	.591
	Within Groups	11998.453	1096	10.947		
	Total	12019.399	1099			
Relação com o corpo médico	Between Groups	107.263	3	35.754	3.484	.015
	Within Groups	11247.656	1096	10.262		
	Total	11354.919	1099			
Taxa de doentes por enfermeiro	Between Groups	29.360	3	9.787	1.022	.382
	Within Groups	10498.062	1096	9.579		
	Total	10527.422	1099			
Apoio ao nível organizacional	Between Groups	2.709	3	.903	.088	.966
	Within Groups	11186.290	1096	10.206		
	Total	11188.999	1099			
Políticas de saúde para a enfermagem	Between Groups	74.152	3	24.717	2.208	.086
	Within Groups	12269.335	1096	11.195		
	Total	12343.487	1099			
Relação com os doentes	Between Groups	82.796	3	27.599	2.000	.112
	Within Groups	15124.281	1096	13.800		
	Total	15207.076	1099			
Pouco tempo para as tarefas	Between Groups	16.850	3	5.617	.573	.633
	Within Groups	10738.549	1096	9.798		
	Total	10755.399	1099			

O valor de prova obtido na Anova é superior a 5% para quase todos os stressores, pelo que não se verificam diferenças significativas e se aceita a hipótese da média desses stressores ser igual para todas as categorias do número de filhos, à excepção do stressor que se refere à Relação com o corpo médico, que apresenta um valor de prova inferior a 5% (.015) de que resulta a rejeição da hipótese da média deste stressor ser igual para todas as classes do número de filhos, uma vez que se observam diferenças significativas. Os resultados do teste Kolmogorov-Smirnov(a) (K-S) para análise da normalidade das distribuições das variáveis e posterior inferência acerca da aplicação de um teste estatístico paramétrico, podem ser observados na tabela 122.

Tabela 122 - Estudo da normalidade das distribuições do número de filhos (teste K-S) para H05c

		Kolmogorov-Smirnov(a)		
		Statistic	df	Sig.
Relação com as chefias	Nenhum	.145	681	.000
	Um	.137	207	.000
	Dois	.163	184	.000
	Três ou Quatro	.219	27	.002
Sobrecarga laboral	Nenhum	.163	681	.000
	Um	.154	207	.000
	Dois	.145	185	.000
	Três ou Quatro	.206	27	.005
Lidar com a doença e a morte	Nenhum	.121	681	.000
	Um	.141	207	.000
	Dois	.135	185	.000
	Três ou Quatro	.183	27	.020
Salário recebido	Nenhum	.109	681	.000
	Um	.118	207	.000
	Dois	.121	185	.000
	Três ou Quatro	.150	27	.121
Relação com os colegas de profissão	Nenhum	.140	681	.000
	Um	.159	207	.000
	Dois	.165	185	.000
	Três ou Quatro	.178	27	.028
Falta de formação	Nenhum	.105	681	.000
	Um	.084	207	.001
	Dois	.122	185	.000
	Três ou Quatro	.143	27	.165
Relação com o corpo médico	Nenhum	.104	681	.000
	Um	.098	207	.000
	Dois	.124	185	.000
	Três ou Quatro	.181	27	.024
Taxa de doentes por enfermeiro	Nenhum	.132	681	.000
	Um	.131	207	.000
	Dois	.138	185	.000
	Três ou Quatro	.155	27	.095
Apoio ao nível organizacional	Nenhum	.103	681	.000
	Um	.126	207	.000
	Dois	.089	185	.001
	Três ou Quatro	.165	27	.057
Políticas de saúde para a enfermagem	Nenhum	.152	681	.000
	Um	.176	207	.000
	Dois	.148	185	.000
	Três ou Quatro	.177	27	.029
Relação com os doentes	Nenhum	.116	681	.000
	Um	.142	207	.000
	Dois	.140	185	.000
	Três ou Quatro	.176	27	.032
Pouco tempo para as tarefas	Nenhum	.152	681	.000
	Um	.161	207	.000
	Dois	.153	185	.000
	Três ou Quatro	.142	27	.176

a Correção de significância de Lilliefors

* Limite inferior da verdadeira significância.

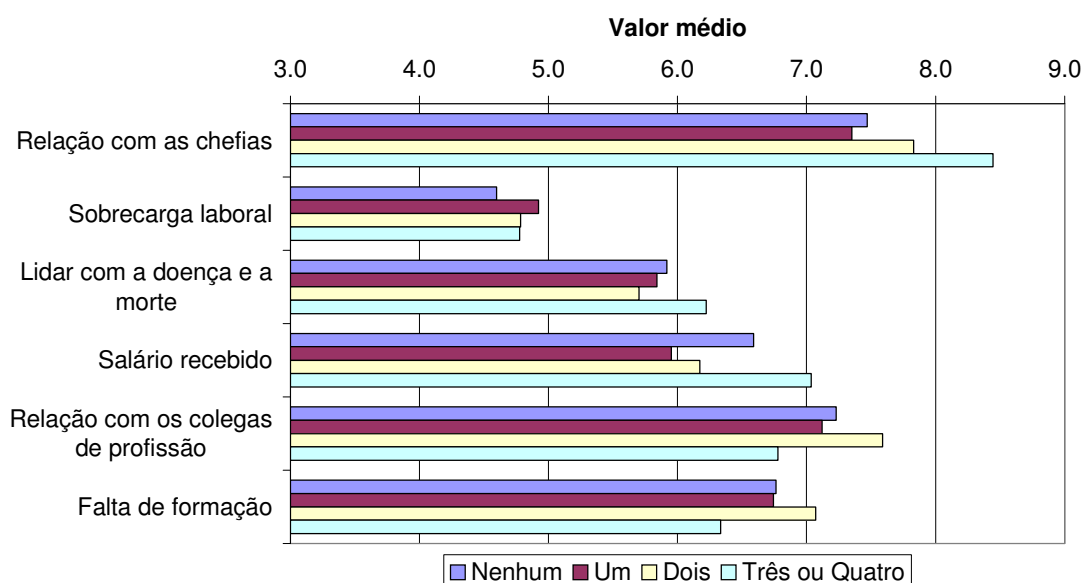
Para que se possa aplicar um teste paramétrico, tem que verificar-se H_0 para todas as classes da variável qualitativa o que, neste caso, nunca se verifica, pois existem sempre valores de prova inferiores a 5%, pelo que se rejeita para estes factores a hipótese nula. O teste paramétrico será confirmado pelo teste não paramétrico equivalente.

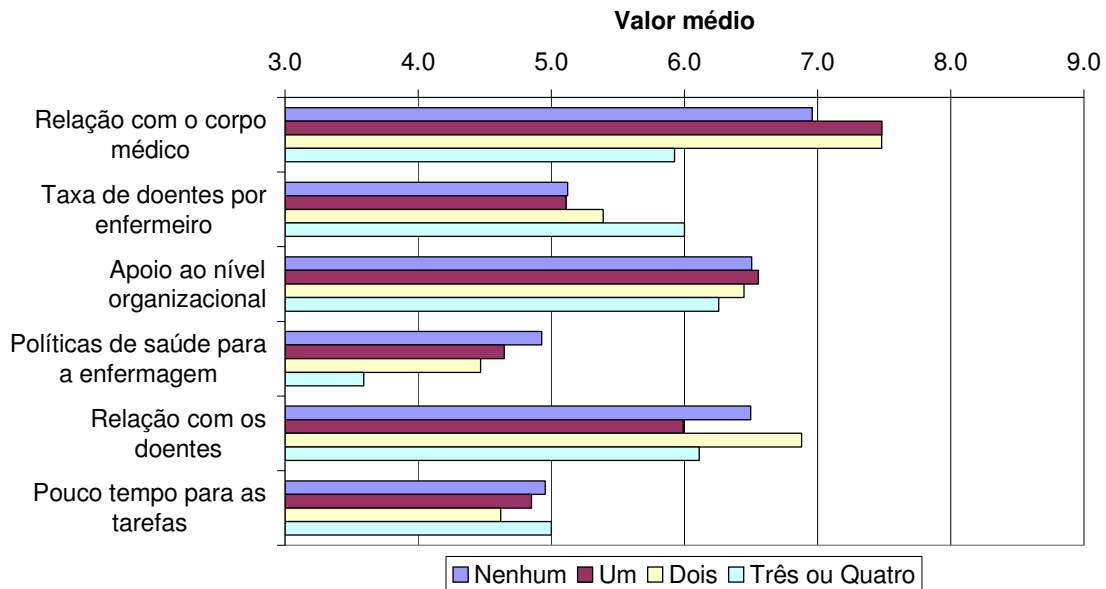
Tabela 123 - Resultados do Teste de Kruskal-Wallis (H05c)

	Chi-Square	df	Asymp. Sig.
Relação com as chefias	4.660	3	0.198
Sobrecarga laboral	1.861	3	0.602
Lidar com a doença e a morte	0.963	3	0.810
Salário recebido	6.981	3	0.073
Relação com os colegas de profissão	1.714	3	0.634
Falta de formação	1.851	3	0.604
Relação com o corpo médico	9.942	3	0.019
Taxa de doentes por enfermeiro	2.480	3	0.479
Apoio ao nível organizacional	0.283	3	0.963
Políticas de saúde para a enfermagem	6.463	3	0.091
Relação com os doentes	5.659	3	0.129
Pouco tempo para as tarefas	2.139	3	0.544

Os resultados do teste de Kruskal-Wallis realizado, confirmam todos os resultados da ANOVA. A única excepção, já anteriormente explicada, vai para o stressor relação com o corpo médico. Passa-se então a apresentar a representação gráfica das diferenças significativas e não significativas, através dos seus valores médios.

Gráfico 72 - Valores médios dos stressores para o número de filhos (H05c)





Embora os stressores apresentem algumas variações em função do número de filhos, as diferenças observadas não são estatisticamente significativas, com a exceção verificada para a relação com o corpo médico, que constitui o stressor mais importante para os que têm três ou quatro filhos.

Pode então concluir-se que a hipótese H05c não se confirma, ou seja, aqueles profissionais que não têm nenhum filho apresentam uma hierarquia de valores semelhante daqueles com filhos.

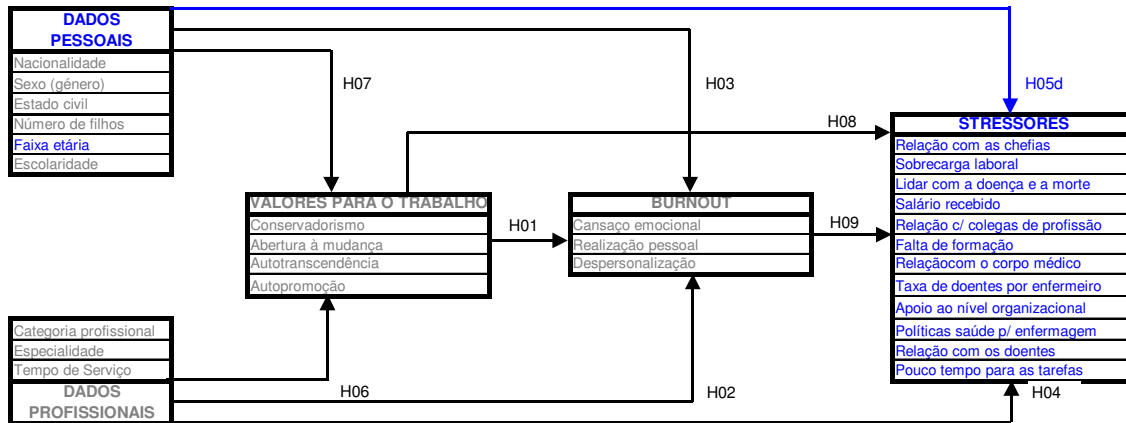
7.3.5.4. Análise da hipótese H05d

O esquema que a seguir se pode observar (figura 37), reproduz a cor azul, não só a relação hipotetizada em H05d, como também as diferentes variáveis que fazem parte da formulação desta hipótese.

Conforme se constata adiante, mais uma vez se justifica o recurso à Anova para o cruzamento entre os stressores enquanto variáveis quantitativas, e a faixa etária que é uma variável ordinal com cinco classes.

Figura 37 – Destaque do desenho metodológico para a dedução da hipótese H05d

H05d – As diferentes faixas etárias evidenciam diferentes hierarquizações dos stressores



Observando-se os resultados do teste à homogeneidade de variâncias da tabela 124, constata-se que não se verifica o pressuposto da homogeneidade das variâncias para os quatro stressores que remetem para os diferentes aspectos relacionais (relação com as chefias com um valor de prova .036, relação com os colegas de profissão com um valor de prova de .018, relação com o corpo médico com um valor de prova de .007, e relação com os doentes com um valor de prova de .004).

Tabela 124 - Teste da homogeneidade de variâncias (H05d)

	Levene Statistic	df1	df2	Sig.
Relação com as chefias	2.579	4	1094	.036
Sobrecarga laboral	1.127	4	1095	.342
Lidar com a doença e a morte	.206	4	1095	.935
Salário recebido	.845	4	1095	.497
Relação com os colegas de profissão	2.985	4	1095	.018
Falta de formação	2.312	4	1095	.056
Relação com o corpo médico	3.569	4	1095	.007
Taxa de doentes por enfermeiro	.831	4	1095	.506
Apoio ao nível organizacional	1.086	4	1095	.362
Políticas de saúde para a enfermagem	.505	4	1095	.732
Relação com os doentes	3.858	4	1095	.004
Pouco tempo para as tarefas	2.025	4	1095	.089

Quando se verifica o pressuposto, a ANOVA é adequada, quando não se verifica, os seus resultados terão de ser confirmados pelo teste não paramétrico análogo. Da aplicação da ANOVA para confirmação das hipóteses anteriormente definidas, verifica-se que o valor de prova é superior a 5% para seis stressores (lidar com a doença e a morte, salário recebido, relação com os colegas de profissão, falta de formação, taxa

de doentes por enfermeiro, e apoio ao nível organizacional), razão por que se aceita a hipótese da média destes stressores ser igual para todas as categorias da faixa etária, o que representa que não se verificam diferenças significativas. O cálculo deste mesmo valor de prova revela-se contudo inferior a 5% para seis stressores (relação com as chefias, sobrecarga laboral, relação com o corpo médico, políticas de saúde para a enfermagem, relação com os doentes e pouco tempo para as tarefas), pelo que se rejeita a hipótese da média destes stressores ser igual para todas as categorias da faixa etária, uma vez que se observam diferenças significativas.

Tabela 125 - Teste Anova para os doze stressores (H05d)

		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Relação com as chefias	Between Groups	149.302	4	37.325	3.112	.015
	Within Groups	13122.301	1094	11.995		
	Total	13271.603	1098			
Sobrecarga laboral	Between Groups	111.484	4	27.871	2.802	.025
	Within Groups	10891.884	1095	9.947		
	Total	11003.367	1099			
Lidar com a doença e a morte	Between Groups	50.554	4	12.639	1.054	.378
	Within Groups	13124.133	1095	11.986		
	Total	13174.687	1099			
Salário recebido	Between Groups	82.793	4	20.698	1.679	.152
	Within Groups	13495.297	1095	12.324		
	Total	13578.090	1099			
Relação com os colegas de profissão	Between Groups	97.545	4	24.386	1.792	.128
	Within Groups	14899.614	1095	13.607		
	Total	14997.159	1099			
Falta de formação	Between Groups	66.612	4	16.653	1.526	.192
	Within Groups	11952.787	1095	10.916		
	Total	12019.399	1099			
Relação com o corpo médico	Between Groups	104.195	4	26.049	2.535	.039
	Within Groups	11250.724	1095	10.275		
	Total	11354.919	1099			
Taxa de doentes por enfermeiro	Between Groups	66.373	4	16.593	1.737	.140
	Within Groups	10461.049	1095	9.553		
	Total	10527.422	1099			
Apoio ao nível organizacional	Between Groups	81.634	4	20.409	2.012	.091
	Within Groups	11107.365	1095	10.144		
	Total	11188.999	1099			
Políticas de saúde para a enfermagem	Between Groups	183.996	4	45.999	4.142	.002
	Within Groups	12159.491	1095	11.105		
	Total	12343.487	1099			
Relação com os doentes	Between Groups	145.079	4	36.270	2.637	.033
	Within Groups	15061.997	1095	13.755		
	Total	15207.076	1099			
Pouco tempo para as tarefas	Between Groups	120.638	4	30.159	3.105	.015
	Within Groups	10634.761	1095	9.712		
	Total	10755.399	1099			

Para averiguar o pressuposto da normalidade das distribuições das variáveis subjacente à aplicação de um teste estatístico paramétrico, utiliza-se o teste K-S, tendo sido obtidos os resultados que se apresentam na tabela 126.

Tabela 126 - Estudo da normalidade das distribuições da faixa etária (teste K-S) para H05d

		Kolmogorov-Smirnov(a)		
		Statistic	df	Sig.
Relação com as chefias	ate 25 anos	.123	289	.000
	de 26 a 30 anos	.159	354	.000
	de 31 a 35 anos	.171	189	.000
	de 36 a 45 anos	.135	183	.000
	mais de 45 anos	.171	84	.000
Sobrecarga laboral	ate 25 anos	.146	289	.000
	de 26 a 30 anos	.160	354	.000
	de 31 a 35 anos	.173	189	.000
	de 36 a 45 anos	.137	183	.000
	mais de 45 anos	.146	84	.000
Lidar com a doença e a morte	ate 25 anos	.134	289	.000
	de 26 a 30 anos	.130	354	.000
	de 31 a 35 anos	.124	189	.000
	de 36 a 45 anos	.132	183	.000
	mais de 45 anos	.140	84	.000
Salário recebido	ate 25 anos	.111	289	.000
	de 26 a 30 anos	.103	354	.000
	de 31 a 35 anos	.101	189	.000
	de 36 a 45 anos	.122	183	.000
	mais de 45 anos	.123	84	.003
Relação com os colegas de profissão	ate 25 anos	.142	289	.000
	de 26 a 30 anos	.167	354	.000
	de 31 a 35 anos	.124	189	.000
	de 36 a 45 anos	.144	183	.000
	mais de 45 anos	.187	84	.000
Falta de formação	ate 25 anos	.109	289	.000
	de 26 a 30 anos	.115	354	.000
	de 31 a 35 anos	.084	189	.002
	de 36 a 45 anos	.104	183	.000
	mais de 45 anos	.092	84	.077
Relação com o corpo médico	ate 25 anos	.106	289	.000
	de 26 a 30 anos	.090	354	.000
	de 31 a 35 anos	.124	189	.000
	de 36 a 45 anos	.138	183	.000
	mais de 45 anos	.136	84	.001
Taxa de doentes por enfermeiro	ate 25 anos	.126	289	.000
	de 26 a 30 anos	.140	354	.000
	de 31 a 35 anos	.138	189	.000
	de 36 a 45 anos	.123	183	.000
	mais de 45 anos	.140	84	.000
Apoio ao nível organizacional	ate 25 anos	.108	289	.000
	de 26 a 30 anos	.103	354	.000
	de 31 a 35 anos	.092	189	.001
	de 36 a 45 anos	.111	183	.000
	mais de 45 anos	.142	84	.000
Políticas de saúde para a enfermagem	ate 25 anos	.134	289	.000
	de 26 a 30 anos	.167	354	.000
	de 31 a 35 anos	.190	189	.000
	de 36 a 45 anos	.130	183	.000
	mais de 45 anos	.204	84	.000
Relação com os doentes	ate 25 anos	.129	289	.000
	de 26 a 30 anos	.110	354	.000
	de 31 a 35 anos	.153	189	.000
	de 36 a 45 anos	.144	183	.000
	mais de 45 anos	.140	84	.000
Pouco tempo para as tarefas	ate 25 anos	.155	289	.000
	de 26 a 30 anos	.160	354	.000
	de 31 a 35 anos	.152	189	.000
	de 36 a 45 anos	.133	183	.000
	mais de 45 anos	.142	84	.000

a Correção de significância de Lilliefors

* Limite inferior da verdadeira significância.

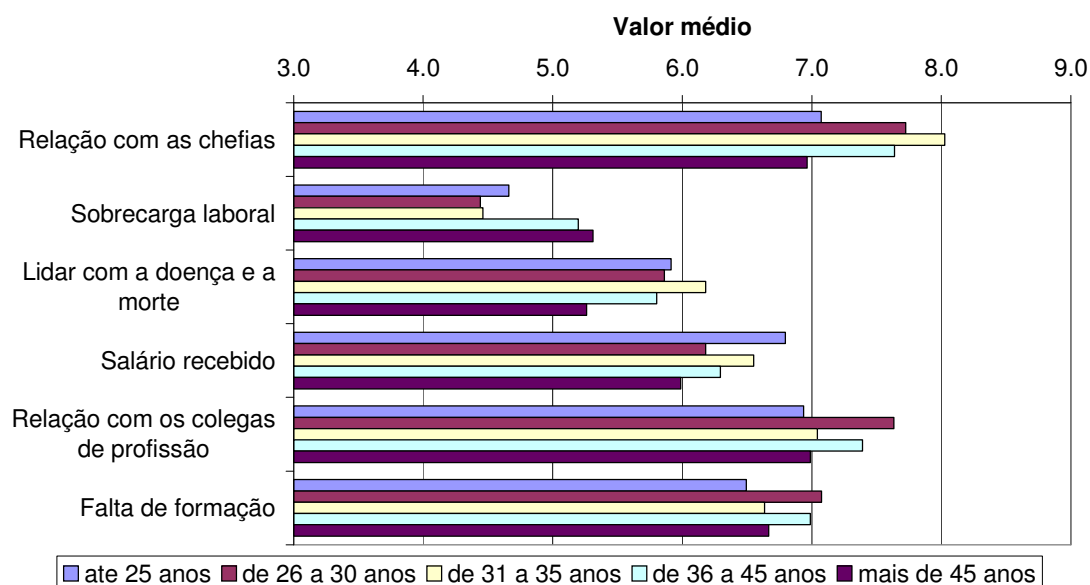
Dado que a aplicação de um teste paramétrico depende da confirmação de H_0 para todas as classes da variável qualitativa, uma vez que não se verifica a hipótese nula para todos os factores - pois que existem sempre valores de prova inferiores a 5% -, rejeita-se H_0 para estes factores. O teste paramétrico será então confirmado pelo teste não paramétrico equivalente (Kruskall-Wallis), podendo observar-se na tabela 127 que os resultados do teste de Kruskal-Wallis confirmam todos os resultados da ANOVA.

Tabela 127 - Resultados do Teste de Kruskal-Wallis (H05d)

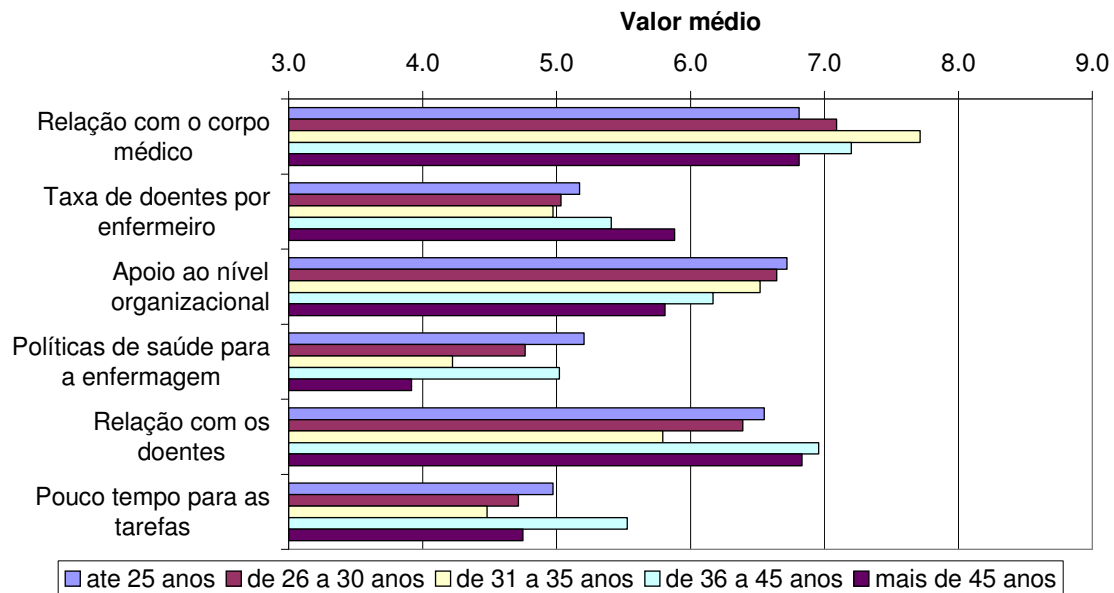
	Chi-Square	df	Asymp. Sig.
Relação com as chefias	12.117	4	0.017
Sobrecarga laboral	11.653	4	0.020
Lidar com a doença e a morte	4.593	4	0.332
Salário recebido	6.753	4	0.150
Relação com os colegas de profissão	6.618	4	0.158
Falta de formação	5.958	4	0.202
Relação com o corpo médico	10.093	4	0.039
Taxa de doentes por enfermeiro	6.325	4	0.176
Apoio ao nível organizacional	7.873	4	0.096
Políticas de saúde para a enfermagem	19.092	4	0.001
Relação com os doentes	9.740	4	0.045
Pouco tempo para as tarefas	10.717	4	0.030

De seguida, ilustram-se graficamente as diferenças significativas e não significativas, com base nos valores médios obtidos.

Gráfico 73 - Valores médios dos stressores para a idade (H05d)



Uma vez que para metade dos stressores se verifica uma relação com a idade, pode concluir-se que as diferentes faixas etárias revelam diferentes hierarquias de stressores. Ou seja, confirma-se a hipótese H05d de que as diferentes faixas etárias evidenciam diferentes hierarquizações dos stressores.

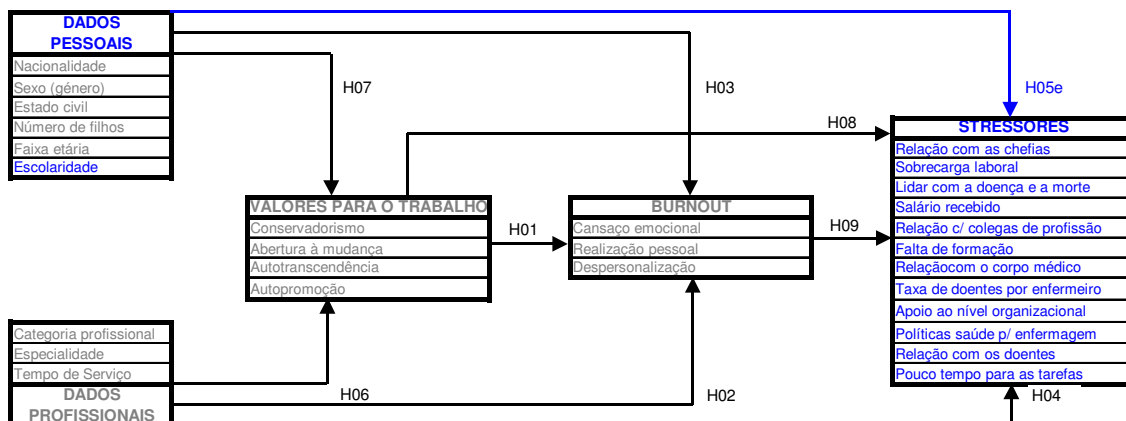


7.3.5.5. Análise da hipótese H05e

A relação hipotetizada em H05e é apresentada destacadamente a cor azul na no esquema da figura 38.

Figura 38 – Destaque do desenho metodológico para a dedução da hipótese H05e

H05e – Cada um dos níveis de escolaridade tem uma hierarquia de stressores distinta



Utiliza-se mais uma vez o teste Anova para o cruzamento entre os stressores (variáveis quantitativas) e a escolaridade (variável ordinal com quatro classes).

Tabela 128 - Teste da homogeneidade de variâncias (H05e)

	Levene Statistic	df1	df2	Sig.
Relação com as chefias	4.795	3	1095	.003
Sobrecarga laboral	5.464	3	1096	.001
Lidar com a doença e a morte	.190	3	1096	.903
Salário recebido	4.201	3	1096	.006
Relação com os colegas de profissão	5.244	3	1096	.001
Falta de formação	.919	3	1096	.431
Relação com o corpo médico	2.897	3	1096	.034
Taxa de doentes por enfermeiro	.089	3	1096	.966
Apoio ao nível organizacional	2.033	3	1096	.107
Políticas de saúde para a enfermagem	2.400	3	1096	.066
Relação com os doentes	9.090	3	1096	.000
Pouco tempo para as tarefas	2.213	3	1096	.085

Os resultados do teste à homogeneidade de variâncias, indicam que não se verifica o pressuposto da homogeneidade das variâncias para quatro stressores (lidar com a doença e com a morte para um valor de prova .903, falta de formação para um valor de prova .431, taxa de doentes por enfermeiro para um valor de prova .966, apoio ao nível organizacional para um valor de prova .107, políticas de saúde para a enfermagem para um valor de prova .066, e pouco tempo para as tarefas para um valor de prova .085).

Quando se verifica o pressuposto, a ANOVA é adequada, quando não se verifica, os seus resultados terão de ser confirmados pelo teste não paramétrico análogo.

A ANOVA permite verificar as hipóteses anteriormente definidas (tabela 129). O facto do valor de prova ser superior a 5% para quatro stressores, leva a que se aceite a hipótese da média destes stressores ser igual para todas as categorias da escolaridade, pois que não se verificam diferenças significativas. Contudo, o valor de prova é inferior a 5% para oito dos stressores (Relação com as chefias, Sobrecarga laboral, Lidar com a morte, Salário recebido, Relação com os colegas de profissão, Relação com o corpo médico, Apoio ao nível organizacional e Políticas de saúde para a enfermagem), razão por que se rejeita a hipótese da média destes stressores ser igual para todas as categorias da escolaridade, uma vez que se observam diferenças significativas.

Tabela 129 - Teste Anova para os doze stressores (H05e)

		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Relação com as chefias	Between Groups	252.440	3	84.147	7.077	.000
	Within Groups	13019.163	1095	11.890		
	Total	13271.603	1098			
Sobrecarga laboral	Between Groups	143.312	3	47.771	4.821	.002
	Within Groups	10860.055	1096	9.909		
	Total	11003.367	1099			
Lidar com a doença e a morte	Between Groups	108.316	3	36.105	3.028	.029
	Within Groups	13066.371	1096	11.922		
	Total	13174.687	1099			
Salário recebido	Between Groups	236.748	3	78.916	6.483	.000
	Within Groups	13341.342	1096	12.173		
	Total	13578.090	1099			
Relação com os colegas de profissão	Between Groups	157.211	3	52.404	3.870	.009
	Within Groups	14839.948	1096	13.540		
	Total	14997.159	1099			
Falta de formação	Between Groups	19.945	3	6.648	.607	.610
	Within Groups	11999.454	1096	10.948		
	Total	12019.399	1099			
Relação com o corpo médico	Between Groups	179.923	3	59.974	5.882	.001
	Within Groups	11174.996	1096	10.196		
	Total	11354.919	1099			
Taxa de doentes por enfermeiro	Between Groups	50.444	3	16.815	1.759	.153
	Within Groups	10476.978	1096	9.559		
	Total	10527.422	1099			
Apoio ao nível organizacional	Between Groups	186.545	3	62.182	6.194	.000
	Within Groups	11002.454	1096	10.039		
	Total	11188.999	1099			
Políticas de saúde para a enfermagem	Between Groups	137.414	3	45.805	4.113	.006
	Within Groups	12206.073	1096	11.137		
	Total	12343.487	1099			
Relação com os doentes	Between Groups	100.374	3	33.458	2.427	.064
	Within Groups	15106.702	1096	13.783		
	Total	15207.076	1099			
Pouco tempo para as tarefas	Between Groups	45.274	3	15.091	1.544	.201
	Within Groups	10710.126	1096	9.772		
	Total	10755.399	1099			

Da aplicação do teste K-S para confirmação do pressuposto da normalidade das distribuições das variáveis necessária para a realização de um teste estatístico paramétrico, obtêm-se os resultados que se apresentam na tabela 130.

Conforme tem vindo a ser referido, para que se possa aplicar um teste paramétrico, tem que verificar-se H_0 para todas as classes da variável qualitativa, o que neste caso não se verifica para todos os stressores, pois que existem sempre valores de prova inferiores a 5%, razão por que se rejeita para estes factores a hipótese nula.

Tabela 130 - Estudo da normalidade das distribuições da escolaridade (teste K-S) para H05e

		Kolmogorov-Smirnov(a)		
		Statistic	df	Sig.
Relação com as chefias	Bacharelato	.163	80	.000
	Licenciatura	.134	798	.000
	Pós-Graduação	.166	145	.000
	Mestrado ou Doutorado	.226	76	.000
Sobrecarga laboral	Bacharelato	.143	80	.000
	Licenciatura	.144	798	.000
	Pós-Graduação	.214	145	.000
	Mestrado ou Doutorado	.206	76	.000
Lidar com a doença e a morte	Bacharelato	.119	80	.007
	Licenciatura	.138	798	.000
	Pós-Graduação	.106	145	.000
	Mestrado ou Doutorado	.102	76	.049
Salário recebido	Bacharelato	.108	80	.021
	Licenciatura	.109	798	.000
	Pós-Graduação	.088	145	.008
	Mestrado ou Doutorado	.165	76	.000
Relação com os colegas de profissão	Bacharelato	.188	80	.000
	Licenciatura	.145	798	.000
	Pós-Graduação	.149	145	.000
	Mestrado ou Doutorado	.141	76	.001
Falta de formação	Bacharelato	.109	80	.020
	Licenciatura	.101	798	.000
	Pós-Graduação	.100	145	.001
	Mestrado ou Doutorado	.129	76	.003
Relação com o corpo médico	Bacharelato	.141	80	.000
	Licenciatura	.108	798	.000
	Pós-Graduação	.110	145	.000
	Mestrado ou Doutorado	.090	76	.200(*)
Taxa de doentes por enfermeiro	Bacharelato	.123	80	.004
	Licenciatura	.122	798	.000
	Pós-Graduação	.176	145	.000
	Mestrado ou Doutorado	.184	76	.000
Apoio ao nível organizacional	Bacharelato	.125	80	.004
	Licenciatura	.109	798	.000
	Pós-Graduação	.106	145	.000
	Mestrado ou Doutorado	.138	76	.001
Políticas de saúde para a enfermagem	Bacharelato	.173	80	.000
	Licenciatura	.149	798	.000
	Pós-Graduação	.154	145	.000
	Mestrado ou Doutorado	.203	76	.000
Relação com os doentes	Bacharelato	.164	80	.000
	Licenciatura	.128	798	.000
	Pós-Graduação	.114	145	.000
	Mestrado ou Doutorado	.091	76	.189
Pouco tempo para as tarefas	Bacharelato	.152	80	.000
	Licenciatura	.151	798	.000
	Pós-Graduação	.173	145	.000
	Mestrado ou Doutorado	.141	76	.001

a Correção de significância de Lilliefors;

* Limite inferior da verdadeira significância.

O teste paramétrico será confirmado pelo teste não paramétrico equivalente (Kruskall-Wallis).

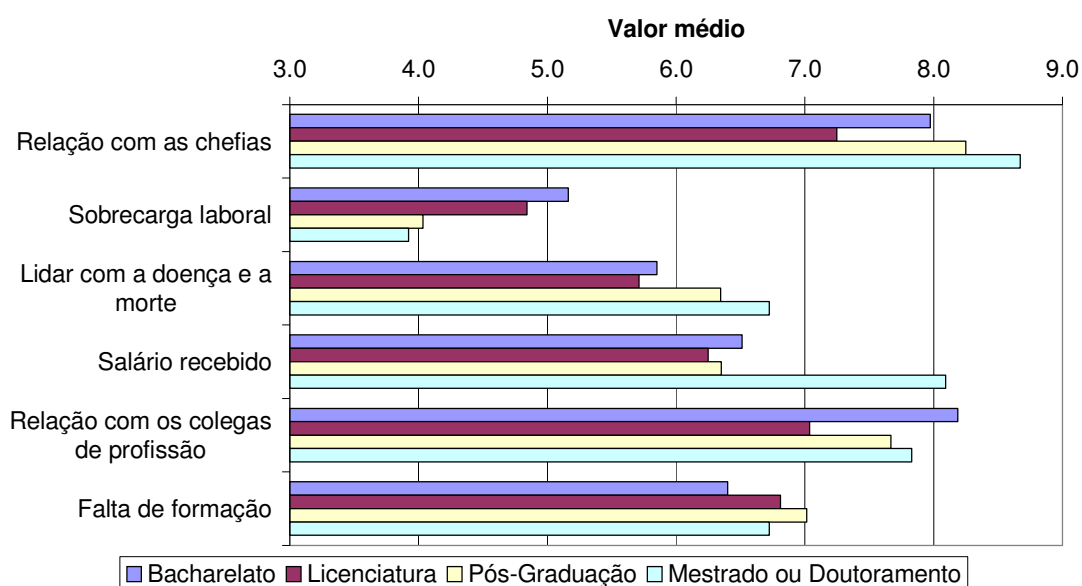
Tabela 131 - Resultados do Teste de Kruskal-Wallis (H05e)

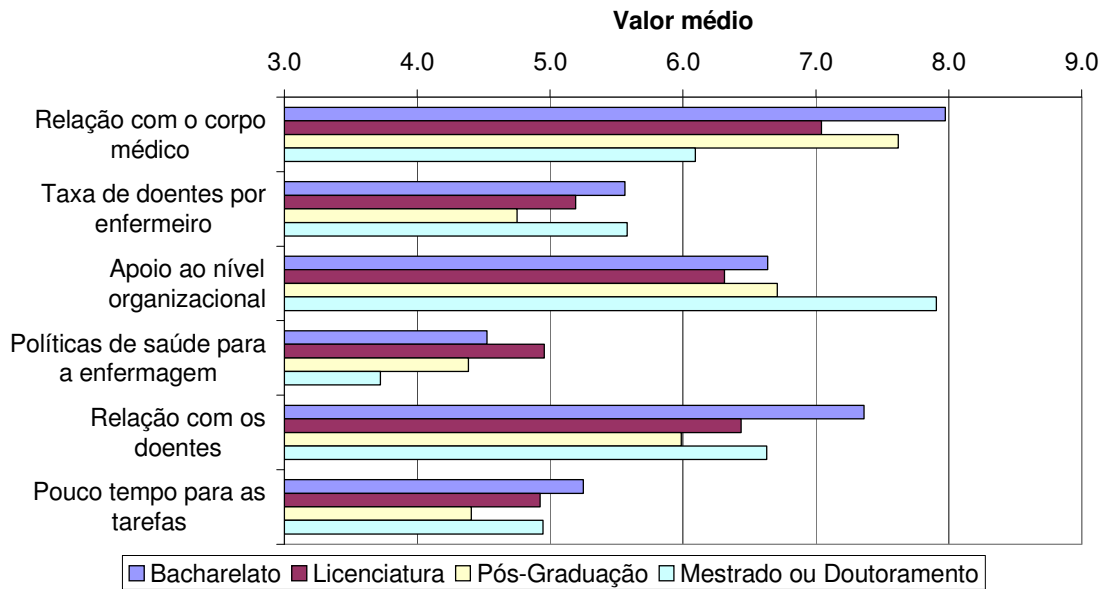
	Chi-Square	df	Asymp. Sig.
Relação com as chefias	19.663	3	0.000
Sobrecarga laboral	12.454	3	0.006
Lidar com a doença e a morte	8.895	3	0.031
Salário recebido	19.179	3	0.000
Relação com os colegas de profissão	10.190	3	0.017
Falta de formação	1.960	3	0.581
Relação com o corpo médico	17.433	3	0.001
Taxa de doentes por enfermeiro	6.263	3	0.099
Apoio ao nível organizacional	17.984	3	0.000
Políticas de saúde para a enfermagem	13.947	3	0.003
Relação com os doentes	7.700	3	0.053
Pouco tempo para as tarefas	4.940	3	0.176

Os resultados do teste de Kruskal-Wallis que constam na tabela anterior, permitem confirmar todos os resultados da ANOVA.

Os valores médios das diferenças significativas e não significativas, são representados nos gráficos que se apresentam seguidamente.

Gráfico 74 - Valores médios dos stressores para a escolaridade (H05e)





Tal como se pode verificar nas representações gráficas apresentadas anteriormente, para três quartos dos stressores confirma-se a existência de uma relação com a escolaridade, pelo que pode concluir que as diferentes escolaridades revelam diferentes hierarquias de stressores. Ou seja, confirma-se a relação hipotetizada em H05e.

7.3.6. Análise da hipótese H06

Esta hipótese procura explorar a relação das diferentes variáveis que integram os dados profissionais (categoria profissional, especialidade e tempo de serviço) com os valores para o trabalho.

H06: Os dados profissionais originam diferentes valores para o trabalho

H06a – Quanto mais elevada a categoria profissional maior a autopromoção.

H06b – A especialidade de psiquiatria tem uma maior autotranscendência.

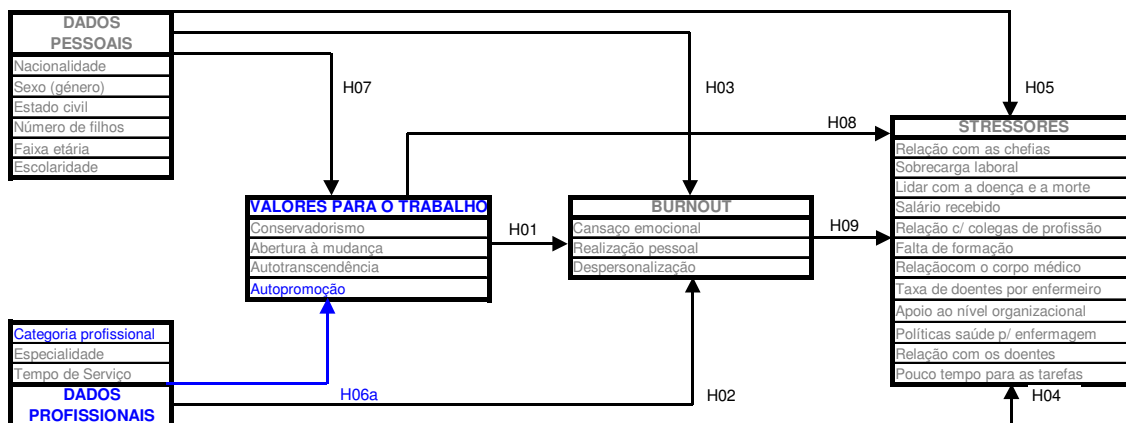
H06c – Quanto maior o tempo de serviço menor a abertura à mudança.

7.3.6.1. Análise da hipótese H06a

A hipótese H06a está representada a cor azul no esquema da figura 39, bem como as variáveis implicadas no seu estudo.

Figura 39 – Destaque do desenho metodológico para a dedução da hipótese H06a

H06a – Quanto mais elevada a categoria profissional maior a autopromoção



O cruzamento das variáveis a que correspondem as dimensões do EVAT (variáveis quantitativas) e as diferentes classes da categoria profissional (variável nominal), realiza-se com recurso ao teste Anova.

Tabela 132 - Teste da homogeneidade de variâncias (H06a)

	Levene Statistic	df1	df2	Sig.
EVAT - Factor 1: AUTOTRASCENDENCIA	1.199	3	1095	.309
EVAT - Factor 2: ABERTURA Á MUDANÇA	6.498	3	1095	.000
EVAT - Factor 3: AUTOPROMOÇÃO	4.038	3	1094	.007
EVAT - Factor 4: CONSERVADORISMO	2.556	3	1094	.054

Face aos resultados do teste apresentados na tabela anterior, verifica-se o pressuposto da homogeneidade das variâncias para os factores 1 (autotranscendência, valor de prova .309) e 4 (conservadorismo, valor de prova .054), que ao exibirem um valor de prova superior a 5% implicam a não rejeição da hipótese nula. Este pressuposto de homogeneidade das variâncias não se confirma porém para o factor 2 (abertura à mudança, valor de prova .000) e para o factor 3 (autopromoção, valor de prova .007), pois que o valor de prova é inferior a 5%.

Quando se verifica o pressuposto, a ANOVA é adequada, quando não se verifica, os seus resultados terão de ser confirmados pelo teste não paramétrico análogo. A ANOVA permite verificar as hipóteses anteriormente definidas.

Considerando que quando o valor de prova é inferior a 5%, se rejeita a hipótese de que as médias da dimensão sejam iguais para as várias classes da categoria

profissional, e que quando este valor é superior a 5% não se rejeita a hipótese nula, o valor de prova superior a 5% observado para os factores 1 (autotranscendência, valor de prova .293) e 4 (conservadorismo), conduz à aceitação da hipótese da média ser igual para todas as classes da categoria profissional, pois que não se verificam diferenças significativas. Já o valor de prova inferior a 5% que se observa para os factores 2 (abertura à mudança, valor de prova .030) e 3 (autopromoção, valor de prova .002), traduz-se na rejeição da hipótese da média ser igual para todas as classes da categoria profissional, pois que se verificam diferenças significativas.

Tabela 133 - Teste Anova para os quatro factores do EVAT30 (H06a)

		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
EVAT - Factor 1:	Between Groups	3.266	3	1.089	1.243	.293
AUTOTRASCENDENCIA	Within Groups	959.243	1095	.876		
	Total	962.509	1098			
EVAT - Factor 2:	Between Groups	8.844	3	2.948	2.985	.030
ABERTURA À MUDANÇA	Within Groups	1081.542	1095	.988		
	Total	1090.386	1098			
EVAT - Factor 3:	Between Groups	14.693	3	4.898	5.100	.002
AUTOPROMOÇÃO	Within Groups	1050.509	1094	.960		
	Total	1065.202	1097			
EVAT - Factor 4:	Between Groups	1.617	3	.539	.966	.408
CONSERVADORISMO	Within Groups	610.395	1094	.558		
	Total	612.012	1097			

Aplica-se o teste K-S para verificar o pressuposto da normalidade das distribuições das variáveis e averiguar a viabilidade da aplicação de um teste estatístico paramétrico, tendo-se obtido os resultados que se apresentam na tabela 134.

Tabela 134 - Estudo da normalidade das distribuições da categoria profissional (teste K-S) para H06a

		Kolmogorov-Smirnov(a)		
		Statistic	df	Sig.
EVAT - Factor 1: AUTOTRASCENDENCIA	Enfermeiro	.075	601	.000
	Enfermeiro-Graduado	.088	422	.000
	Enfermeiro-Especialista	.129	49	.040
	Enfermeiro-Chefe, -Supervisor ou -Director	.205	25	.008
EVAT - Factor 2: ABERTURA À MUDANÇA	Enfermeiro	.078	601	.000
	Enfermeiro-Graduado	.081	422	.000
	Enfermeiro-Especialista	.143	49	.014
	Enfermeiro-Chefe, -Supervisor ou -Director	.171	25	.058
EVAT - Factor 3: AUTOPROMOÇÃO	Enfermeiro	.127	601	.000
	Enfermeiro-Graduado	.129	422	.000
	Enfermeiro-Especialista	.161	49	.003
	Enfermeiro-Chefe, -Supervisor ou -Director	.151	25	.145
EVAT - Factor 4: CONSERVADORISMO	Enfermeiro	.058	601	.000
	Enfermeiro-Graduado	.072	422	.000
	Enfermeiro-Especialista	.107	49	.200(*)
	Enfermeiro-Chefe, -Supervisor ou -Director	.122	25	.200(*)

a Correção de significância de Lilliefors

* Limite inferior da verdadeira significância.

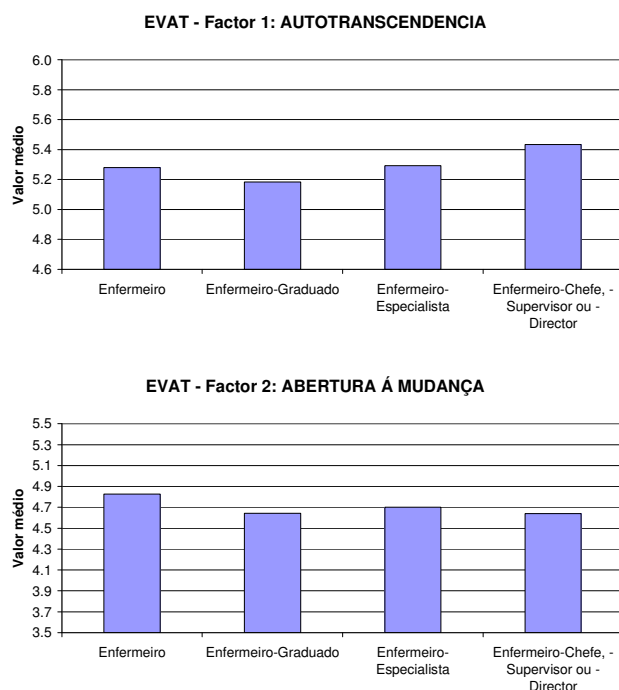
Uma vez que a aplicação de um teste paramétrico está dependente da confirmação da H_0 para todas as classes da variável qualitativa, tal não se verifica neste caso, pois que há valores de prova inferiores a 5%, pelo que se rejeita a hipótese nula para estes factores. O teste paramétrico será confirmado pelo teste não paramétrico equivalente.

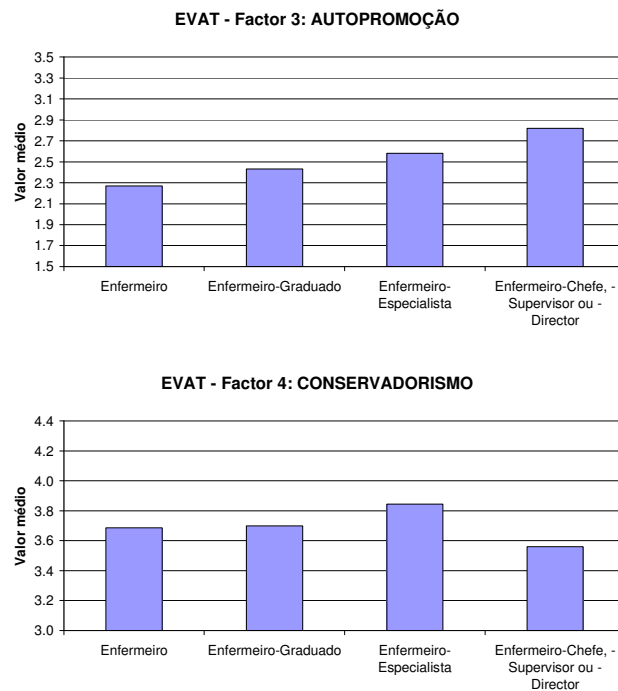
Tabela 135 - Resultados do Teste de Kruskal-Wallis (H06a)

	Chi-Square	df	Asymp. Sig.
EVAT - Factor 1: AUTOTRASCENDENCIA	3.792	3	0.285
EVAT - Factor 2: ABERTURA À MUDANÇA	6.526	3	0.089
EVAT - Factor 3: AUTOPROMOÇÃO	12.227	3	0.007
EVAT - Factor 4: CONSERVADORISMO	1.506	3	0.681

Levando em consideração os resultados do teste de Kruskal-Wallis, confirmam-se também os resultados da ANOVA para todos os factores, excepto para o factor 2 (autopromoção, valor de prova 0.007) em que as diferenças observadas deixam de ser significativas. Os gráficos seguintes apresentam a representação gráfica das diferenças não significativas e significativas, através do cálculo dos seus valores médios.

Gráfico 75 - Valores médios dos valores para o trabalho com as categorias profissionais (H06a)





Em termos práticos, a relação explorada na representação gráfica que se apresenta, permite tecer as seguintes conclusões:

A autotranscendência apresenta valores médios superiores para as categorias profissionais dos enfermeiros chefe, supervisor ou director e um valor médio inferior para a categoria dos enfermeiros graduados. No entanto, estas diferenças que se observam não são estatisticamente significativas. Constata-se ainda que a categoria profissional de enfermeiro (generalista) não apresenta uma relação estatisticamente significativa com a autotranscendência;

Quanto à abertura à mudança, destacam-se os valores médios superiores que se registam para a categoria profissional de enfermeiros (generalistas), sendo contudo de referir que as diferenças que se observam não são estatisticamente significativas. Ou seja, a categoria profissional de enfermeiro não apresenta uma relação estatisticamente significativa com a abertura à mudança.

Já a autopromoção aumenta com a progressão da categoria profissional dos enfermeiros, sendo as diferenças observadas estatisticamente significativas. Ou seja, as diferentes categorias profissionais para a enfermagem apresentam uma relação directa

Tabela 136 - Teste da homogeneidade de variâncias (H06b)

	Levene Statistic	df1	df2	Sig.
EVAT - Factor 1: AUTOTRASCENDENCIA	.908	5	108	.479
EVAT - Factor 2: ABERTURA À MUDANÇA	.649	5	108	.663
EVAT - Factor 3: AUTOPROMOÇÃO	.259	5	108	.934
EVAT - Factor 4: CONSERVADORISMO	2.308	5	108	.049

Os resultados do teste à homogeneidade de variâncias não permite verificar o pressuposto da homogeneidade das variâncias para o factor 4 (conservadorismo, com um valor de prova .049) uma vez que o valor de prova observado é inferior a 5%. A ANOVA permite verificar as hipóteses anteriormente definidas, tal como se pode observar na tabela 137.

A Anova realizada para os quatro factores do EVAT, evidencia um valor de prova consistente e superior a 5% para todos os factores, pelo que se aceita a hipótese da média destas dimensões ser igual para todas as classes da especialidade, pois que não se verificam diferenças significativas.

Tabela 137 - Teste Anova para os quatro factores do EVAT (H06b)

		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
EVAT - Factor 1:	Between Groups	6.624	5	1.325	1.397	.231
AUTOTRASCENDENCIA	Within Groups	102.449	108	.949		
	Total	109.073	113			
EVAT - Factor 2:	Between Groups	10.386	5	2.077	1.887	.103
ABERTURA À MUDANÇA	Within Groups	118.905	108	1.101		
	Total	129.292	113			
EVAT - Factor 3:	Between Groups	6.820	5	1.364	1.099	.365
AUTOPROMOÇÃO	Within Groups	134.084	108	1.242		
	Total	140.904	113			
EVAT - Factor 4:	Between Groups	.637	5	.127	.183	.968
CONSERVADORISMO	Within Groups	75.139	108	.696		
	Total	75.776	113			

Para a verificação do pressuposto da normalidade das distribuições das variáveis, procede-se à aplicação do K-S, de que resultaram os dados constantes na tabela 138.

Uma vez que é necessário verificar-se H_0 para todas as classes da variável qualitativa, rejeita-se a hipótese nula para estes factores, uma vez que existe pelo menos uma classe com valor de prova inferior a 5%.

Mais uma vez, o teste paramétrico será confirmado pelo teste não paramétrico equivalente.

Tabela 138 - Estudo da normalidade das distribuições da especialidade (teste K-S) para H06b

		Kolmogorov-Smirnov(a)		
		Statistic	df	Sig.
EVAT - Factor 1: AUTOTRASCENDENCIA	Saúde Materna e Obstetrícia	.144	10	.200(*)
	Médico Cirúrgica	.125	41	.105
	Reabilitação	.137	17	.200(*)
	Saúde Mental e Psiquiátrica	.234	15	.027
	Saúde Infantil e Pediatria	.185	8	.200(*)
	Enfermagem Comunitária	.097	23	.200(*)
EVAT - Factor 2: ABERTURA À MUDANÇA	Saúde Materna e Obstetrícia	.201	10	.200(*)
	Médico Cirúrgica	.166	41	.006
	Reabilitação	.162	17	.200(*)
	Saúde Mental e Psiquiátrica	.139	15	.200(*)
	Saúde Infantil e Pediatria	.246	8	.167
	Enfermagem Comunitária	.140	23	.200(*)
EVAT - Factor 3: AUTOPROMOÇÃO	Saúde Materna e Obstetrícia	.238	10	.115
	Médico Cirúrgica	.169	41	.005
	Reabilitação	.167	17	.200(*)
	Saúde Mental e Psiquiátrica	.244	15	.016
	Saúde Infantil e Pediatria	.177	8	.200(*)
	Enfermagem Comunitária	.207	23	.012
EVAT - Factor 4: CONSERVADORISMO	Saúde Materna e Obstetrícia	.189	10	.200(*)
	Médico Cirúrgica	.119	41	.154
	Reabilitação	.143	17	.200(*)
	Saúde Mental e Psiquiátrica	.277	15	.003
	Saúde Infantil e Pediatria	.213	8	.200(*)
	Enfermagem Comunitária	.116	23	.200(*)

a Correção de significância de Lilliefors

* Limite inferior da verdadeira significância

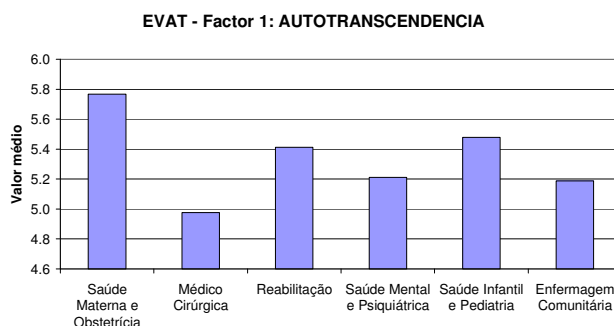
A tabela apresentada a seguir, permite constatar que os resultados do teste de Kruskal-Wallis confirmam todos os resultados da Anova.

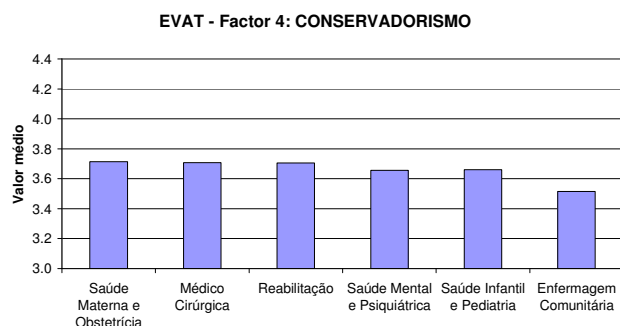
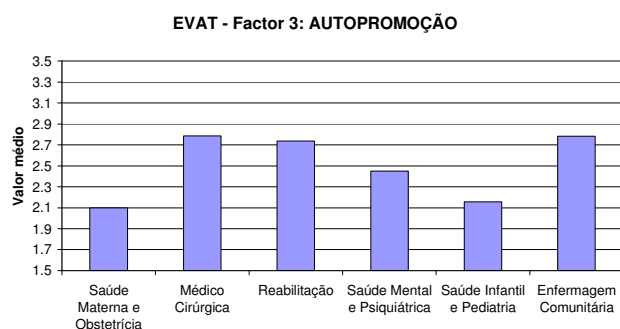
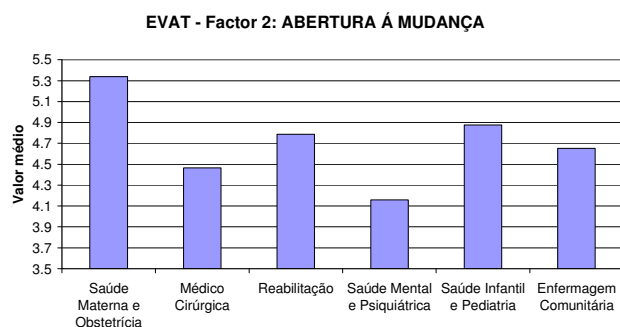
Tabela 139 - Resultados do Teste de Kruskal-Wallis (H06b)

	Chi-Square	df	Asymp. Sig.
EVAT - Factor 1: AUTOTRASCENDENCIA	6.816	5	0.235
EVAT - Factor 2: ABERTURA À MUDANÇA	8.764	5	0.119
EVAT - Factor 3: AUTOPROMOÇÃO	7.467	5	0.188
EVAT - Factor 4: CONSERVADORISMO	0.732	5	0.981

As diferenças encontradas, significativas ou não significativas, são apresentadas na forma de gráficos que assentam nos seus valores médios.

Gráfico 76 - Relação dos valores para o trabalho com as especialidades (H06b)





Nesta representação gráfica dos dados obtidos, salientam-se os seguintes factos:

A autotranscendência apresenta valores médios superiores para a especialidade de Saúde materna e obstetrícia e valores menores para a especialidade Médico cirúrgica. Todavia, estas diferenças que se observaram não são estatisticamente significativas. Ou seja, não se verifica a hipótese H06b, uma vez que a especialidade não apresenta uma relação estatisticamente significativa com a autotranscendência, e, consequentemente, não se confirma o pressuposto que assentou nos enunciados formulados por Hobbs e cols (1999) e Faithfull e Hunt (2005), que apontavam apenas para uma relação dos valores com a especificidade do trabalho realizado.

A abertura à mudança evidencia valores médios superiores para a especialidade de Saúde materna e obstetrícia e inferiores para a especialidade de Saúde mental e psiquiátrica. As diferenças observadas não são estatisticamente significativas, pelo que se pode dizer que a variável especialidade não apresenta uma relação estatisticamente significativa com a abertura à mudança.

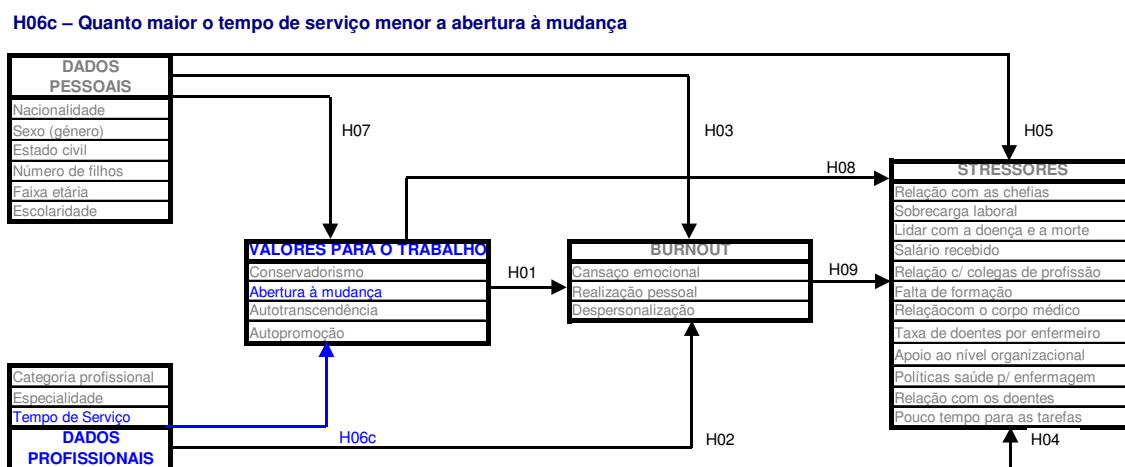
A autopromoção tem valores médios superiores para a especialidade de Enfermagem comunitária e valores inferiores para as especialidade de Saúde materna e obstetrícia e de Saúde infantil e pediatria. Uma vez que as diferenças encontradas não são estatisticamente significativas, a especialidade não apresenta uma relação estatisticamente significativa com a autopromoção.

O conservadorismo apresenta valores médios semelhantes para todas as especialidades, razão por que se conclui que a especialidade não apresenta uma relação estatisticamente significativa com o factor que se refere ao conservadorismo.

7.3.6.3. Análise da hipótese H06c

A figura seguinte destaca a cor azul quer a relação hipotetizada em h06c, quer as variáveis que integram a formulação desta hipótese.

Figura 41 – Destaque do desenho metodológico para a dedução da hipótese H06c



Utiliza-se o teste Anova para o cruzamento das variáveis a que correspondem os factores do EVAT (variáveis quantitativas) e as diferentes classes do tempo de serviço (variável ordinal).

Tabela 140 - Teste da homogeneidade de variâncias (H06c)

	Levene Statistic	df1	df2	Sig.
EVAT - Factor 1: AUTOTRASCENDENCIA	2.432	4	1095	.046
EVAT - Factor 2: ABERTURA À MUDANÇA	5.251	4	1095	.000
EVAT - Factor 3: AUTOPROMOÇÃO	4.463	4	1094	.001
EVAT - Factor 4: CONSERVADORISMO	1.652	4	1094	.159

Tal como se pode constatar da observação da tabela anterior, não se verifica o pressuposto da homogeneidade das variâncias para o factor 1 (autotranscendência, .046), o factor 2 (abertura à mudança, .000) e o factor 3 (conservadorismo, .001), pois que o valor de prova é inferior a 5%. Quando se verifica o pressuposto, a ANOVA é adequada, quando não se verifica, os seus resultados terão de ser confirmados pelo teste não paramétrico análogo. O teste ANOVA permite verificar as hipóteses anteriormente definidas.

Tabela 141 - Teste Anova para os quatro factores do EVAT (H06c)

		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
EVAT - Factor 1:	Between Groups	13.193	4	3.298	3.792	.005
AUTOTRASCENDENCIA	Within Groups	952.365	1095	.870		
	Total	965.557	1099			
EVAT - Factor 2:	Between Groups	27.187	4	6.797	6.991	.000
ABERTURA À MUDANÇA	Within Groups	1064.510	1095	.972		
	Total	1091.697	1099			
EVAT - Factor 3:	Between Groups	15.577	4	3.894	4.057	.003
AUTOPROMOÇÃO	Within Groups	1050.038	1094	.960		
	Total	1065.615	1098			
EVAT - Factor 4:	Between Groups	1.687	4	.422	.756	.554
CONSERVADORISMO	Within Groups	610.396	1094	.558		
	Total	612.083	1098			

Como o valor de prova resultante da Anova é inferior a 5% para os três primeiros factores, conforme se pode observar na tabela correspondente, rejeita-se a hipótese da média das dimensões ser igual para todas as classes do tempo de serviço, pois que se registam diferenças significativas.

Os resultados da aplicação do teste K-S para averiguar o pressuposto da normalidade das distribuições das variáveis, constam da tabela 142.

Tabela 142 - Estudo da normalidade das distribuições do tempo de serviço (teste K-S) para H06c

		Kolmogorov-Smirnov(a)		
		Statistic	df	Sig.
EVAT - Factor 1: AUTOTRASCENDENCIA	< 2 anos	.061	263	.018
	2 a 5 anos	.104	246	.000
	6 a 10 anos	.080	238	.001
	11 a 15 anos	.080	166	.011
	> 15 anos	.096	185	.000
EVAT - Factor 2: ABERTURA À MUDANÇA	< 2 anos	.098	263	.000
	2 a 5 anos	.090	246	.000
	6 a 10 anos	.078	238	.001
	11 a 15 anos	.087	166	.004
	> 15 anos	.093	185	.001
EVAT - Factor 3: AUTOPROMOÇÃO	< 2 anos	.124	263	.000
	2 a 5 anos	.122	246	.000
	6 a 10 anos	.121	238	.000
	11 a 15 anos	.134	166	.000
	> 15 anos	.148	185	.000
EVAT - Factor 4: CONSERVADORISMO	< 2 anos	.095	263	.000
	2 a 5 anos	.066	246	.011
	6 a 10 anos	.073	238	.003
	11 a 15 anos	.112	166	.000
	> 15 anos	.067	185	.040

a Correção de significância de Lilliefors

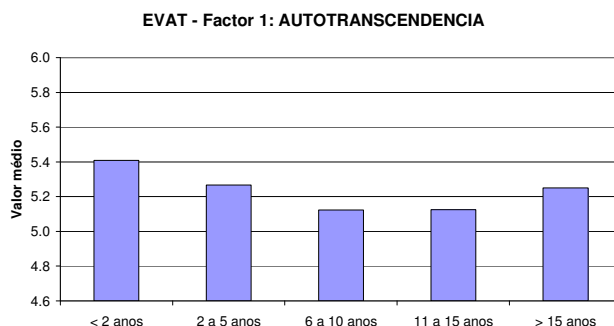
Para que se possa aplicar um teste paramétrico, tem que verificar-se H_0 para todas as classes da variável qualitativa o que, neste caso, não se verifica, pois os valores de prova são inferiores a 5%, pelo que se rejeita para estes factores a hipótese nula. O teste paramétrico será confirmado pelo teste não paramétrico equivalente.

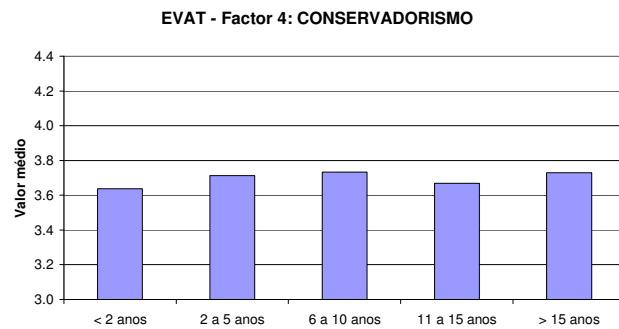
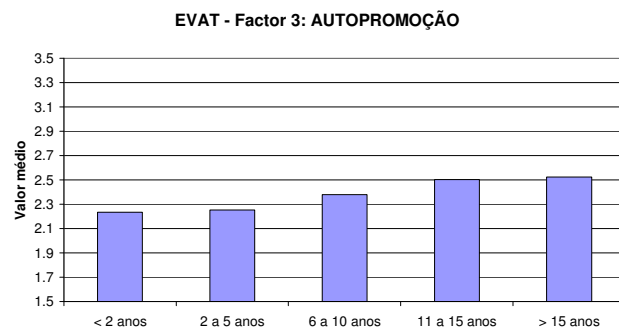
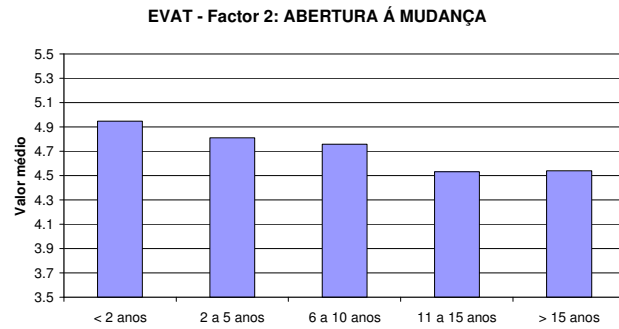
Tabela 143 - Resultados do Teste de Kruskal-Wallis (H06c)

	Chi-Square	df	Asymp. Sig.
EVAT - Factor 1: AUTOTRASCENDENCIA	12.055	4	.017
EVAT - Factor 2: ABERTURA À MUDANÇA	22.563	4	.000
EVAT - Factor 3: AUTOPROMOÇÃO	13.826	4	.008
EVAT - Factor 4: CONSERVADORISMO	3.868	4	.424

Tal como se constata, os resultados do teste de Kruskal-Wallis confirmam os resultados do teste Anova. Os gráficos seguintes, ilustram as diferenças significativas e não significativas, através dos seus valores médios.

Gráfico 77 - Relação dos valores para o trabalho com as categorias profissionais (H06c)





A autotranscendência apresenta valores médios que diminuem com o tempo de serviço, para voltarem a aumentar para um tempo de serviço superior a 15 anos. As diferenças observadas são estatisticamente significativas. Ou seja, o tempo de serviço apresenta uma relação estatisticamente significativa com a autotranscendência, que diminui gradualmente com o aumento do tempo de serviço até aos 15 anos, para depois voltar a aumentar.

A abertura à mudança diminui com o aumento do tempo de serviço, sendo as diferenças observadas estatisticamente significativas. Ou seja, o tempo de serviço apresenta uma relação inversa estatisticamente significativa com a abertura à mudança, pelo que se confirma a hipótese H06c e se verifica o pressuposto apontado por Scalzi e

Nazarey (1989) e Bernal e cols. (2006) acerca da associação da experiência e dos anos de serviço com os valores.

A autopromoção apresenta valores médios que aumentam com o tempo de serviço, observando-se que as diferenças encontradas são estatisticamente significativas. Ou seja, o tempo de serviço evidencia uma relação directa estatisticamente significativa com a autopromoção.

O conservadorismo apresenta valores médios com algumas variações para os tempos de serviço, contudo, as diferenças observadas não são estatisticamente significativas. Ou seja, o tempo de serviço não apresenta uma relação estatisticamente significativa com o conservadorismo.

7.3.7. Análise da hipótese H07

A hipótese H07 procura averiguar as relações que possam existir entre os diferentes dados pessoais (sexo, número de filhos, idade e escolaridade) e os valores para o trabalho, através das sub-hipóteses que se indicam a seguir.

H07: Os dados pessoais reflectem-se em diferentes valores para o trabalho

H07a – Os profissionais do sexo masculino evidenciam uma maior autopromoção

H07b – Os profissionais do sexo feminino apresentam uma maior autotranscendência.

H07c – Quanto maior o número de filhos maior o conservadorismo.

H07d – Quanto maior a idade menor a abertura à mudança.

H07e – Quanto maior a escolaridade maior a autopromoção.

7.3.7.1. Análise da hipótese H07a e da hipótese H07b

Os dois esquemas que se apresentam nas figuras seguintes destacam a cor azul não só as relações hipotetizadas em H07a e em H07b, como também as diferentes variáveis que integram a formulação de cada uma destas hipóteses relativamente à variável sexo.

Figura 42 – Destaque do desenho metodológico para a dedução da hipótese H07a

H07a – Os profissionais do sexo masculino evidenciam uma maior autopromoção

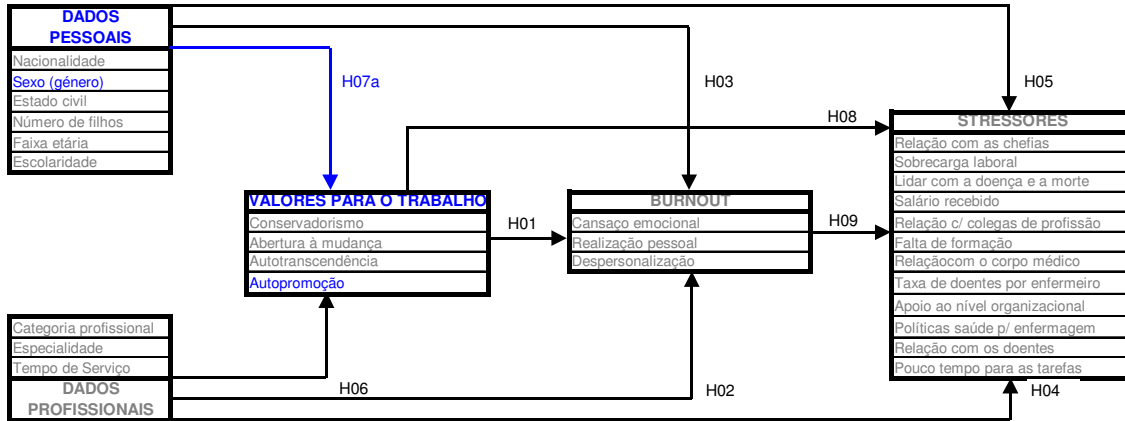
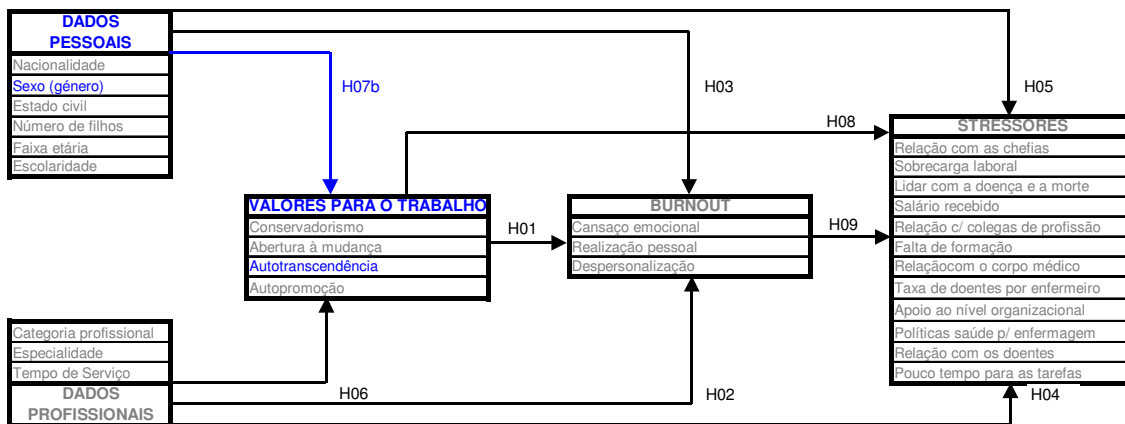


Figura 43 – Destaque do desenho metodológico para a dedução da hipótese H07b

H07b – Os profissionais do sexo feminino apresentam uma maior autotranscendência



Para realizar o cruzamento entre as dimensões do EVAT (variáveis quantitativas) e o sexo (variável nominal dicotômica), utiliza-se o teste paramétrico *t de Student*, que produz os resultados que se apresentam resumidamente na tabela seguinte (144).

Para o teste Levene, o valor de prova é superior a 5% (a verde), pelo não se rejeita H_0 e se consideram as variâncias iguais para os dois grupos (*equal variances*

assumed). Assume-se a linha superior para *equal variances assumed* (assinaladas a negrito).

Tabela 144 - Validação das hipóteses pelo cálculo do coeficiente de correlação de Spearman (H07a e H07b)

		Levene's Test		t-test for Equality of Means		
		F	Sig.	t	Df	Sig.
EVAT - Factor 1: UTOTRASCENDENCIA	Equal variances assumed	.000	.987	-1.445	1098	.149
	Equal variances not assumed			-1.463	432.267	.144
EVAT - Factor 2: ABERTURA À MUDANÇA	Equal variances assumed	.228	.633	-.411	1098	.681
	Equal variances not assumed			-.405	414.935	.686
EVAT - Factor 3: AUTOPROMOÇÃO	Equal variances assumed	.397	.529	4.296	1097	.000
	Equal variances not assumed			4.411	442.278	.000
EVAT - Factor 4: CONSERVADORISMO	Equal variances assumed	2.528	.112	2.415	1097	.016
	Equal variances not assumed			2.539	457.526	.011

Já no que respeita ao teste t, quando o valor de prova é superior a 5%, aceita-se H_0 e rejeita-se H_1 , razão por que se considera que não existem diferenças estatisticamente significativas entre os dois sexos para os factores 1 (autotranscendência, .149) e 2 (abertura à mudança, .681). Nos casos em que o valor de prova é inferior a 5%, rejeita-se H_0 e aceita-se H_1 , pelo que se considera que existem diferenças estatisticamente significativas entre os dois sexos para os factores 3 (autopromoção, .000) e 4 (conservadorismo, .016).

Para aplicar um teste estatístico paramétrico, é necessário verificar o pressuposto da normalidade através do teste K-S, cujos resultados constam da tabela que se passa a apresentar.

Tabela 145 - Teste à normalidade dos factores (H07a e H07b)

		K-S (a)		
		Statistic	Df	Sig.
EVAT - Factor 1: AUTOTRASCENDENCIA	Masculino	.082	256	.000
	Feminino	.074	842	.000
EVAT - Factor 2: ABERTURA À MUDANÇA	Masculino	.075	256	.001
	Feminino	.087	842	.000
EVAT - Factor 3: AUTOPROMOÇÃO	Masculino	.128	256	.000
	Feminino	.131	842	.000
EVAT - Factor 4: CONSERVADORISMO	Masculino	.056	256	.050
	Feminino	.061	842	.000

a Correção de significância de Lilliefors

* Limite inferior da verdadeira significância.

Conforme se pode verificar, não se confirma o pressuposto da normalidade para todos os factores, pois que os valores de prova são inferiores a 5%. O teste paramétrico será então confirmado pelo teste não paramétrico equivalente.

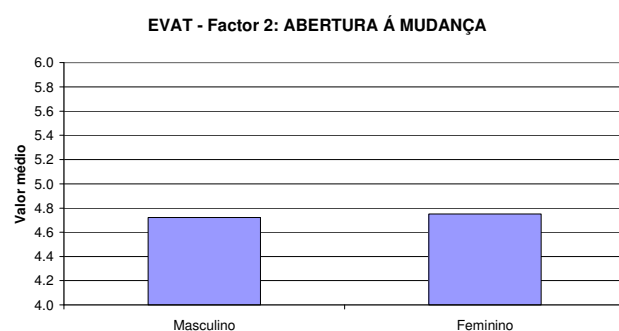
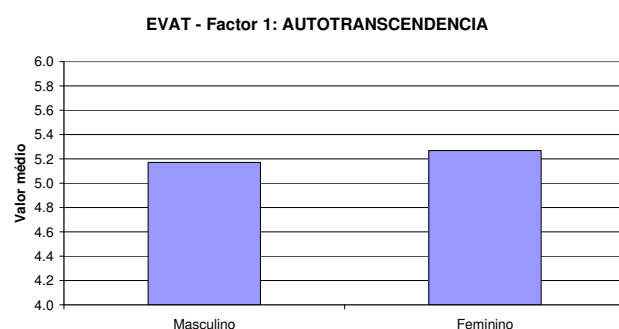
Tabela 146 - Resultados do Teste Mann-Whitney (H07a e H07b)

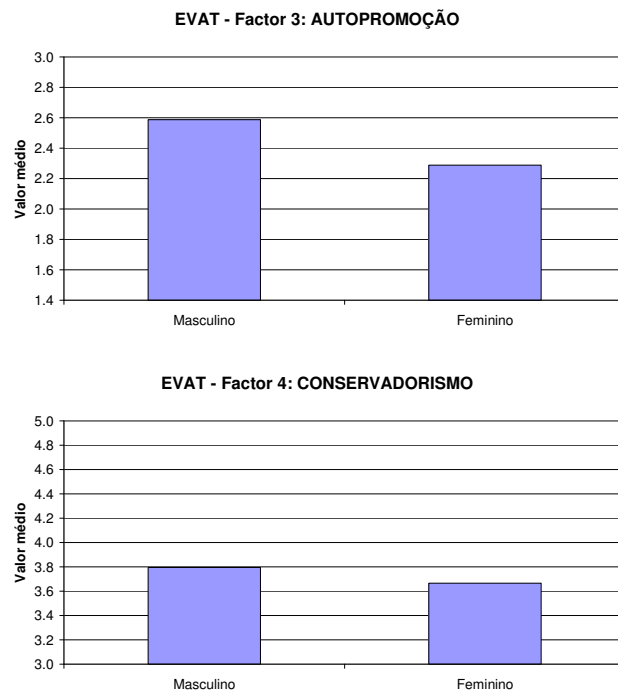
	Mann-Whitney U	Wilcoxon W	Z	Asymp. Sig. (2-tailed)
EVAT - Factor 1: AUTOTRASCENDENCIA	101187.5	134340.5	-1.603	0.109
EVAT - Factor 2: ABERTURA À MUDANÇA	106808	139961	-0.341	0.733
EVAT - Factor 3: AUTOPROMOÇÃO	85321.5	440224.5	-5.157	0.000
EVAT - Factor 4: CONSERVADORISMO	95218.5	450964.5	-2.857	0.004

Os resultados que se obtêm da aplicação do teste de Mann-Whitney e que podem ser observados na tabela anteriormente apresentada, em que se assinalam a negrito os valores de prova, confirmam na totalidade os resultados do teste t.

Os gráficos seguintes, ilustram as diferenças significativas e não significativas encontradas, através dos seus valores médios.

Gráfico 78 - Relação dos valores para o trabalho com o sexo (H07a e H07b)





A autotranscendência exibe valores médios superiores para o sexo feminino, muito embora as diferenças observadas não são estatisticamente significativas. Assim, conclui-se que a variável sexo não apresenta uma relação estatisticamente significativa com a autotranscendência, pelo que não se confirma a hipótese H07b e os pressupostos que apontavam para uma diferente hierarquização dos valores em função do gênero (McNeese-Smith, 2000; McNeese-Smith e Servellen, 2000) e da especificidade das suas construções sociais (Crompton, 1999).

A abertura à mudança apresenta também valores médios superiores para o sexo feminino. Contudo, uma vez que as diferenças observadas não são estatisticamente significativas, é lícito concluir-se que o sexo não tem uma relação estatisticamente significativa com a abertura à mudança.

A autopromoção regista valores médios superiores para o sexo masculino, sendo as diferenças observadas estatisticamente significativas. Ou seja, o sexo masculino apresenta uma maior orientação para a autopromoção, pelo que se confirma a hipótese H70a e os pressupostos teóricos de que esta indirectamente derivou, nomeadamente aqueles enunciados por Elizur e Tchaicovsky (cit. por Tamayo & Borges, 2001), mas

também os referidos por Abu-Saad e Isralowitz (1997), Chusmir, Koberg e Mills (2001), Crompton (1999), McNeese-Smith (2000) e McNeese-Smith e Servellen (2000).

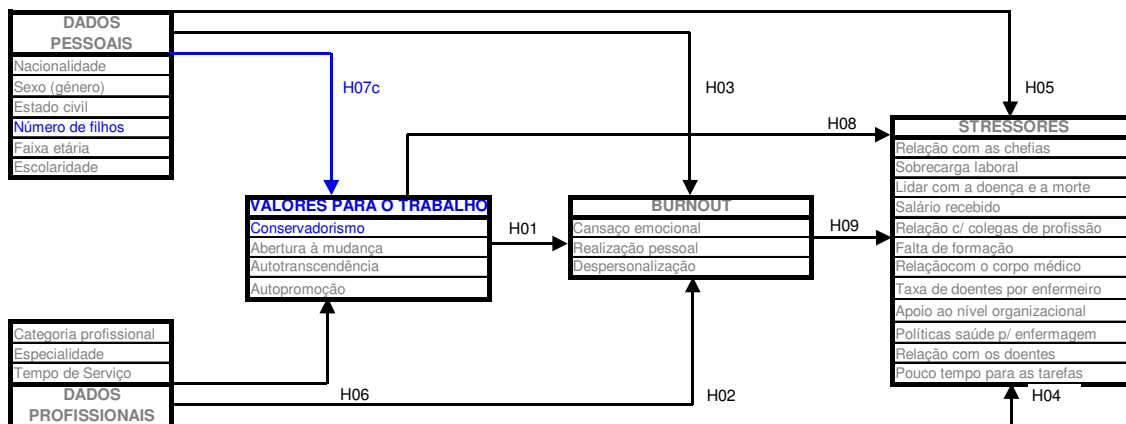
O conservadorismo exibe também valores médios superiores para o sexo masculino, em que as diferenças encontradas são estatisticamente significativas, pelo que se conclui que os profissionais de enfermagem do sexo masculino apresentam um maior conservadorismo.

7.3.7.2. Análise da hipótese H07c

O esquema que se apresenta na figura 44 refere-se à relação hipotetizada em H07c, em que se destaca a cor azul a hipótese formulada bem como as diferentes variáveis que a integram.

Figura 44 – Destaque do desenho metodológico para a dedução da hipótese H07c

H07c – Quanto maior o número de filhos maior o conservadorismo



O teste usado para o cruzamento dos factores do EVAT (variáveis quantitativas) com o número de filhos (variável ordinal com quatro classes), é a ANOVA.

Tabela 147 - Teste da homogeneidade de variâncias (H07c)

	Levene Statistic	df1	df2	Sig.
EVAT - Factor 1: AUTOTRASCENDENCIA	2.380	3	1096	.068
EVAT - Factor 2: ABERTURA À MUDANÇA	5.041	3	1096	.002
EVAT - Factor 3: AUTOPROMOÇÃO	1.638	3	1095	.179
EVAT - Factor 4: CONSERVADORISMO	1.632	3	1095	.180

Os resultados do teste à homogeneidade de variâncias verificam o pressuposto desta homogeneidade para todos os factores, excepto para o factor 2 (abertura à mudança, .002).

Tal como tem vindo a ser sistematicamente referido, quando se verifica o pressuposto, a ANOVA é adequada, quando não se verifica, os seus resultados terão de ser confirmados pelo teste não paramétrico análogo.

A ANOVA permite verificar as hipóteses anteriormente definidas.

Tabela 148 - Teste Anova para os quatro factores do EVAT (H07c)

		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
EVAT - Factor 1:	Between Groups	14.061	3	4.687	5.399	.001
AUTOTRASCENDENCIA	Within Groups	951.497	1096	.868		
	Total	965.557	1099			
EVAT - Factor 2:	Between Groups	15.983	3	5.328	5.428	.001
ABERTURA À MUDANÇA	Within Groups	1075.714	1096	.981		
	Total	1091.697	1099			
EVAT - Factor 3:	Between Groups	4.060	3	1.353	1.396	.243
AUTOPROMOÇÃO	Within Groups	1061.555	1095	.969		
	Total	1065.615	1098			
EVAT - Factor 4:	Between Groups	.424	3	.141	.253	.859
CONSERVADORISMO	Within Groups	611.659	1095	.559		
	Total	612.083	1098			

Considerando que o valor de prova é superior a 5% para o factor 3 (autopromoção, .243) e para o factor 4 (conservadorismo, .859), aceita-se a hipótese da média destas duas dimensões ser igual para todas as classes do número de filhos, uma vez que não se verificam diferenças significativas. Já para os factores 1 (autotranscendência, .001) e 2 (abertura à mudança, .001), constata-se que o valor de prova é inferior a 5%, razão por que se rejeita a hipótese da média desta dimensão ser igual para todas as classes do número de filhos, uma vez que se verificam diferenças significativas.

A necessária verificação do pressuposto da normalidade das distribuições das variáveis, realiza-se através do teste Kolmogorov-Smirnov(a), abreviadamente designado por K-S, cujos resultados podem ser observados detalhadamente na tabela que se apresenta seguidamente.

Tabela 149 - Estudo da normalidade das distribuições do número de filhos (teste K-S) para H07c

		Kolmogorov-Smirnov(a)		
		Statistic	df	Sig.
EVAT - Factor 1: AUTOTRASCENDENCIA	Nenhum	.069	679	.000
	Um	.089	207	.000
	Dois	.100	185	.000
	Três ou Quatro	.123	27	.200(*)
EVAT - Factor 2: ABERTURA À MUDANÇA	Nenhum	.081	679	.000
	Um	.087	207	.001
	Dois	.089	185	.001
	Três ou Quatro	.128	27	.200(*)
EVAT - Factor 3: AUTOPROMOÇÃO	Nenhum	.125	679	.000
	Um	.130	207	.000
	Dois	.141	185	.000
	Três ou Quatro	.179	27	.027
EVAT - Factor 4: CONSERVADORISMO	Nenhum	.055	679	.000
	Um	.081	207	.002
	Dois	.067	185	.041
	Três ou Quatro	.131	27	.200(*)

a Correção de significância de Lilliefors

* Limite inferior da verdadeira significância.

Tal como é dado observar-se, não se verifica o pressuposto da normalidade para todos os factores, pois os valores de prova são inferiores a 5%. O teste paramétrico será confirmado pelo teste não paramétrico equivalente, cujos resultados constam da tabela 150.

Tabela 150 - Resultados do Teste de Kruskal-Wallis (H07c)

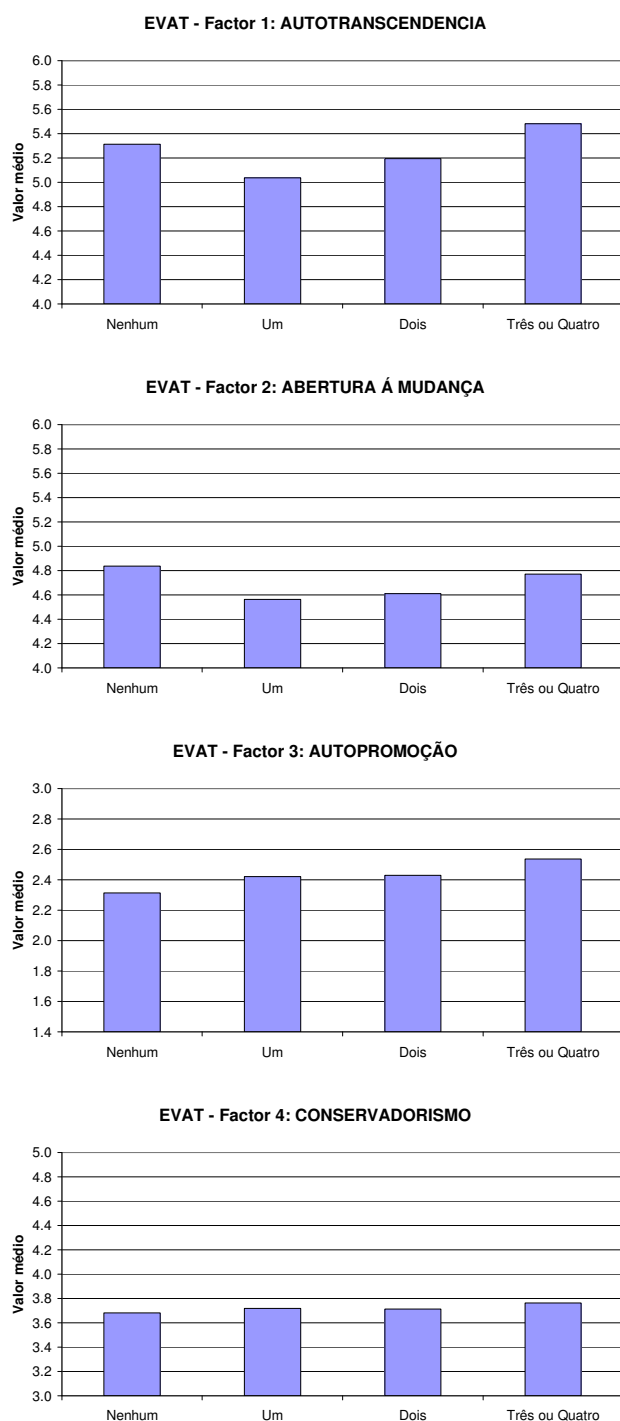
	Chi-Square	df	Asymp. Sig.
EVAT - Factor 1: AUTOTRASCENDENCIA	14.380	3	.002
EVAT - Factor 2: ABERTURA À MUDANÇA	12.380	3	.006
EVAT - Factor 3: AUTOPROMOÇÃO	3.487	3	.322
EVAT - Factor 4: CONSERVADORISMO	0.450	3	.930

Mais uma vez, os resultados do teste Anova são confirmados pelo teste de Kruskal-Wallis.

Os gráficos que se passam a apresentar, pretendem ilustrar as diferenças significativas e não significativas, encontradas na relação dos factores do EVAT com o número de filhos, através dos seus valores médios.

No que se refere à autotranscendência, observa-se que esta regista valores médios que aumentam com o número de filhos, excepto para aqueles profissionais que não têm nenhum filho, sendo as diferenças observadas estatisticamente significativas, razão por que se pode afirmar que a autotranscendência aumenta tendencialmente com o número de filhos (salvaguardada a excepção referida).

Gráfico 79 - Relação dos valores para o trabalho com o número de filhos (H07c)



A abertura à mudança exibe valores médios superiores para quem não tem nenhum filho ou para aqueles que têm 3 ou 4 filhos, sendo as diferenças observadas estatisticamente significativas, pelo que se pode concluir que a abertura à mudança é superior para os profissionais que não têm nenhum ou têm mais de dois filhos.

Conforme se pode observar na tabela 151 que se apresenta a seguir, não se verifica o pressuposto da homogeneidade das variâncias para a abertura à mudança (valor de prova .002) e para a autopromoção (valor de prova .002).

Tabela 151 - Teste da homogeneidade de variâncias (H07d)

	Levene Statistic	df1	df2	Sig.
EVAT - Factor 1: AUTOTRASCENDENCIA	1.436	4	1095	.220
EVAT - Factor 2: ABERTURA À MUDANÇA	4.181	4	1095	.002
EVAT - Factor 3: AUTOPROMOÇÃO	4.283	4	1094	.002
EVAT - Factor 4: CONSERVADORISMO	1.647	4	1094	.160

Mais uma vez, quando se verifica o pressuposto, a ANOVA considera-se adequada, quando não se verifica, os seus resultados terão de ser confirmados pelo teste não paramétrico análogo. A ANOVA permite verificar as hipóteses anteriormente definidas.

Tabela 152 - Teste Anova para os quatro factores do EVAT (H07d)

		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
EVAT - Factor 1:	Between Groups	19.327	4	4.832	5.591	.000
AUTOTRASCENDENCIA	Within Groups	946.230	1095	.864		
	Total	965.557	1099			
EVAT - Factor 2:	Between Groups	35.250	4	8.813	9.134	.000
ABERTURA À MUDANÇA	Within Groups	1056.447	1095	.965		
	Total	1091.697	1099			
EVAT - Factor 3:	Between Groups	20.118	4	5.029	5.263	.000
AUTOPROMOÇÃO	Within Groups	1045.497	1094	.956		
	Total	1065.615	1098			
EVAT - Factor 4:	Between Groups	.459	4	.115	.205	.936
CONSERVADORISMO	Within Groups	611.624	1094	.559		
	Total	612.083	1098			

Uma vez que o valor de prova é superior a 5% para o conservadorismo (.936), aceita-se a hipótese da média destas dimensões ser igual para todas as classes da faixa etária, dado que não se verificam diferenças significativas. O facto do valor de prova ser inferior a 5% para os factores 1, 2 e 3 – exibindo todos o valor de prova de .000 -, faz com que se rejeite a hipótese da média desta dimensão ser igual para todas as classes da faixa etária, uma vez que se observam diferenças significativas.

O teste usado para a confirmação do pressuposto da normalidade das distribuições das variáveis, é o K-S, que obteve os resultados que se podem observar na tabela seguinte (153)

Tabela 153 - Estudo da normalidade das distribuições da faixa etária (teste K-S) para H07d

		Kolmogorov-Smirnov(a)		
		Statistic	df	Sig.
EVAT - Factor 1: AUTOTRASCENDENCIA	ate 25 anos	.062	287	.010
	de 26 a 30 anos	.080	354	.000
	de 31 a 35 anos	.085	189	.002
	de 36 a 45 anos	.089	184	.001
	mais de 45 anos	.113	84	.010
EVAT - Factor 2: ABERTURA À MUDANÇA	ate 25 anos	.097	287	.000
	de 26 a 30 anos	.083	354	.000
	de 31 a 35 anos	.089	189	.001
	de 36 a 45 anos	.087	184	.002
	mais de 45 anos	.107	84	.018
EVAT - Factor 3: AUTOPROMOÇÃO	ate 25 anos	.131	287	.000
	de 26 a 30 anos	.124	354	.000
	de 31 a 35 anos	.134	189	.000
	de 36 a 45 anos	.160	184	.000
	mais de 45 anos	.156	84	.000
EVAT - Factor 4: CONSERVADORISMO	ate 25 anos	.070	287	.002
	de 26 a 30 anos	.069	354	.000
	de 31 a 35 anos	.104	189	.000
	de 36 a 45 anos	.069	184	.032
	mais de 45 anos	.083	84	.200(*)

a Correção de significância de Lilliefors

* Limite inferior da verdadeira significância.

A aplicação de um teste paramétrico, depende da verificação de H_0 para todas as classes da variável qualitativa, o que neste caso não se verifica para todos os factores - pois que existem sempre valores de prova inferiores a 5% - razão por que se rejeita a hipótese nula para estes factores.

O teste paramétrico será confirmado pelo teste não paramétrico equivalente, cujos resultados se observam na tabela a seguir.

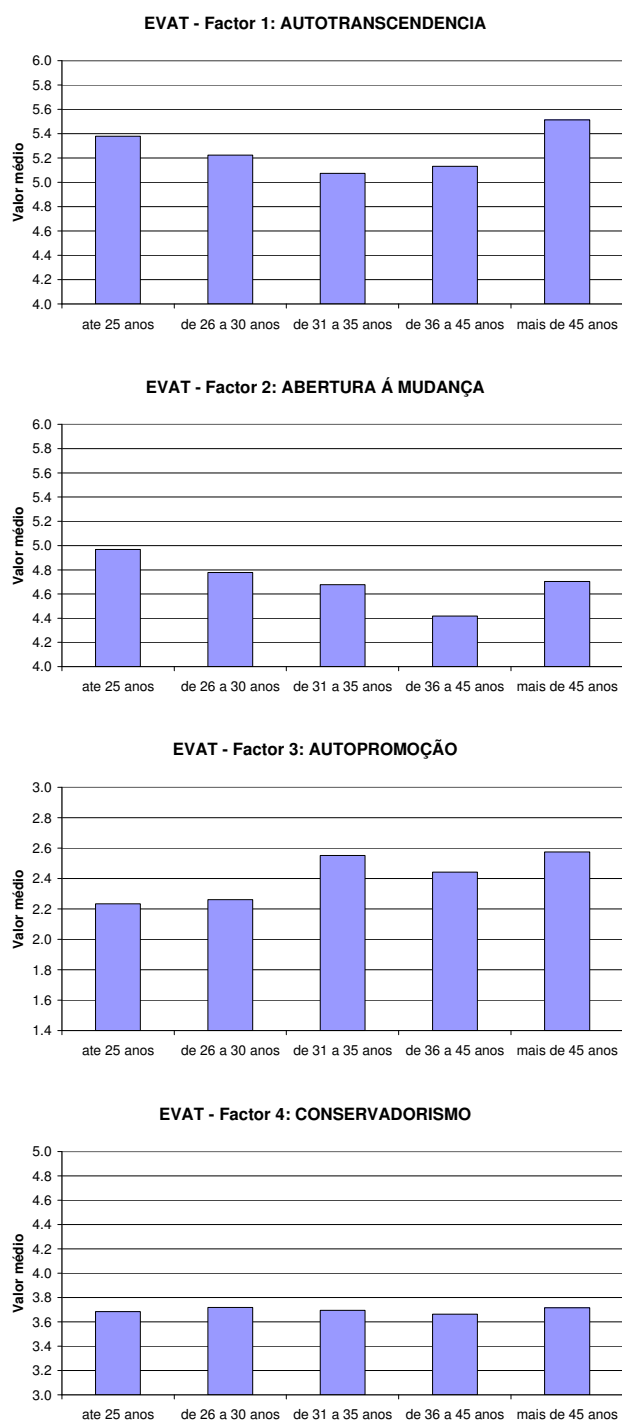
Tabela 154 - Resultados do Teste de Kruskal-Wallis (H07d)

	Chi-Square	df	Asymp. Sig.
EVAT - Factor 1: AUTOTRASCENDENCIA	18.806	4	0.001
EVAT - Factor 2: ABERTURA À MUDANÇA	31.398	4	0.000
EVAT - Factor 3: AUTOPROMOÇÃO	17.316	4	0.002
EVAT - Factor 4: CONSERVADORISMO	1.271	4	0.866

Conforme se contata, os resultados do teste de Kruskal-Wallis confirmam mais uma vez os resultados obtidos da aplicação do teste Anova.

Seguidamente, apresenta-se a representação gráfica da relação dos valores para o trabalho com as diferentes faixas etárias, bem como a interpretação dos resultados obtidos.

Gráfico 80 - Relação dos valores para o trabalho com a idade (H07d)



A representação gráfica da relação dos valores para o trabalho com as diferentes faixas etárias, possibilita as seguintes conclusões:

A autotranscendência exhibe valores médios que aumentam para as idades extremas, em que se tem no limite à esquerda a faixa etária até aos 25 anos, e no limite à

direita as idades superiores a 45 anos, sendo as diferenças observadas estatisticamente significativas. Conclui-se assim que a autotranscendência aumenta para as idades extremas.

A abertura à mudança diminui gradualmente com o aumento da idade, para voltar a elevar-se nos profissionais mais velhos com mais de 45 anos, sendo as diferenças observadas estatisticamente significativas.

Ou seja, a hipótese H07d é confirmada apenas parcialmente, pois que muito embora a abertura à mudança diminua com o aumento da idade, verifica-se uma exceção para aqueles profissionais mais velhos.

As considerações que derivam do estudo desta hipótese, confirmam os pressupostos de McNeese-Smith (2000), McNeese-Smith e Servellen (2000) e McNeese-Smith e Crook (2003), que os valores se alteram com a idade.

A autopromoção apresenta valores médios que aumentam genericamente com a idade, sendo as diferenças observadas estatisticamente significativas, pelo que se pode afirmar que a autopromoção aumenta com a idade.

O conservadorismo tem valores médios semelhantes para as várias idades. Assim, a idade não apresenta uma relação estatisticamente significativa com o conservadorismo.

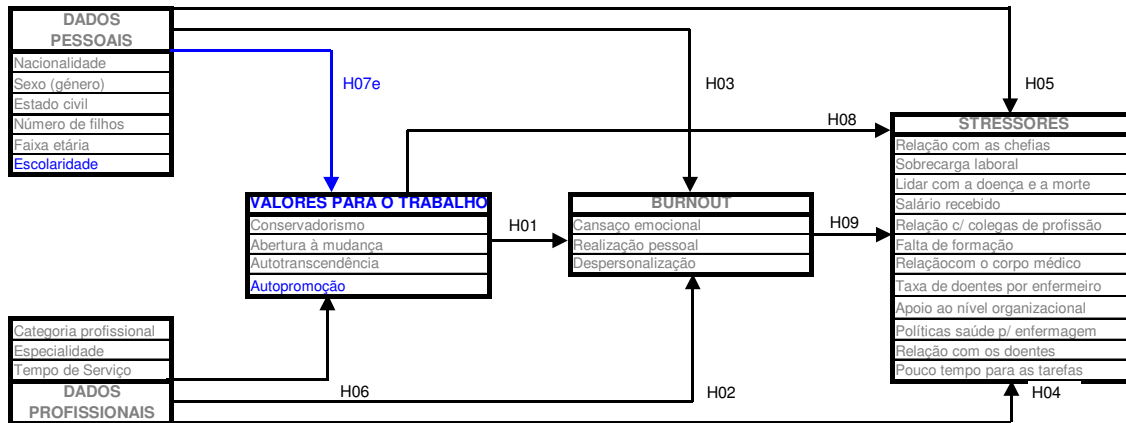
7.3.7.4. Análise da hipótese H07e

A hipótese H07e e as variáveis que a integram, encontram-se representadas a cor azul na figura 46 que se passa a apresentar.

Contudo, é de referir mais uma vez que para a análise da relação hipotetizada em H07e, se utiliza o teste Anova para cruzar as dimensões do EVAT (variáveis quantitativas) com o grau de escolaridade (variável ordinal com cinco classes ou categorias).

Figura 46 – Destaque do desenho metodológico para a dedução da hipótese H07e

H07e – Quanto maior a escolaridade maior a autopromoção



Tal como é dado observar-se na tabela seguinte, não se verifica o pressuposto da homogeneidade das variâncias para os factores 1 (autotranscendência, valor de prova .000) e 3 (autopromoção, valor de prova .000).

Tabela 155 - Teste da homogeneidade de variâncias (H07e)

	Levene Statistic	df1	df2	Sig.
EVAT - Factor 1: AUTOTRASCENDENCIA	6.630	3	1096	.000
EVAT - Factor 2: ABERTURA À MUDANÇA	2.407	3	1096	.066
EVAT - Factor 3: AUTOPROMOÇÃO	6.125	3	1095	.000
EVAT - Factor 4: CONSERVADORISMO	1.609	3	1095	.185

Quando o pressuposto se confirma, considera-se a ANOVA adequada, quando este não se verifica, os seus resultados terão de ser confirmados pelo teste não paramétrico análogo.

A ANOVA permite verificar as hipóteses anteriormente definidas.

O facto do valor de prova ser superior a 5% para a autotranscendência (.680), a abertura à mudança (.195) e o conservadorismo (.362), leva à aceitação da hipótese da média destas dimensões ser igual para todas as classes da escolaridade, pois que não se verificam diferenças significativas. Já o valor de prova inferior a 5% para a autopromoção (.000), se reflecte na rejeição da hipótese da média destas dimensões ser igual para todas as classes da escolaridade, uma vez que não se verificam diferenças significativas.

Tabela 156 - Teste Anova para os quatro factores do EVAT (H07e)

		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
EVAT - Factor 1:	Between Groups	1.329	3	.443	.504	.680
AUTOTRASCENDENCIA	Within Groups	964.228	1096	.880		
	Total	965.557	1099			
EVAT - Factor 2:	Between Groups	4.669	3	1.556	1.569	.195
ABERTURA À MUDANÇA	Within Groups	1087.028	1096	.992		
	Total	1091.697	1099			
EVAT - Factor 3:	Between Groups	24.408	3	8.136	8.556	.000
AUTOPROMOÇÃO	Within Groups	1041.206	1095	.951		
	Total	1065.615	1098			
EVAT - Factor 4:	Between Groups	1.783	3	.594	1.066	.362
CONSERVADORISMO	Within Groups	610.300	1095	.557		
	Total	612.083	1098			

Como tem vindo a ser referido, para aplicar um teste estatístico paramétrico é necessário verificar o pressuposto da normalidade das distribuições das variáveis com o teste K-S, podendo-se observar os dados obtidos na tabela seguinte.

Tabela 157 - Estudo da normalidade das distribuições da escolaridade (teste K-S) para H07e

		Kolmogorov-Smirnov(a)		
		Statistic	df	Sig.
EVAT - Factor 1: AUTOTRASCENDENCIA	Bacharelato	.074	80	.200(*)
	Licenciatura	.074	797	.000
	Pós-Graduação	.101	145	.001
	Mestrado ou Doutoramento	.104	76	.039
EVAT - Factor 2: ABERTURA À MUDANÇA	Bacharelato	.098	80	.057
	Licenciatura	.077	797	.000
	Pós-Graduação	.098	145	.002
	Mestrado ou Doutoramento	.161	76	.000
EVAT - Factor 3: AUTOPROMOÇÃO	Bacharelato	.155	80	.000
	Licenciatura	.118	797	.000
	Pós-Graduação	.168	145	.000
	Mestrado ou Doutoramento	.129	76	.003
EVAT - Factor 4: CONSERVADORISMO	Bacharelato	.091	80	.097
	Licenciatura	.057	797	.000
	Pós-Graduação	.082	145	.017
	Mestrado ou Doutoramento	.107	76	.032

a Correção de significância de Lilliefors

* Limite inferior da verdadeira significância.

Da confirmação de H_0 para todas as classes da variável qualitativa, depende a aplicação de um teste paramétrico. Como neste caso a hipótese nula não se verifica para todos os factores - pois existem sempre valores de prova inferiores a 5% -, rejeita-se a hipótese nula para os quatro factores.

O teste paramétrico será confirmado pelo teste não paramétrico equivalente.

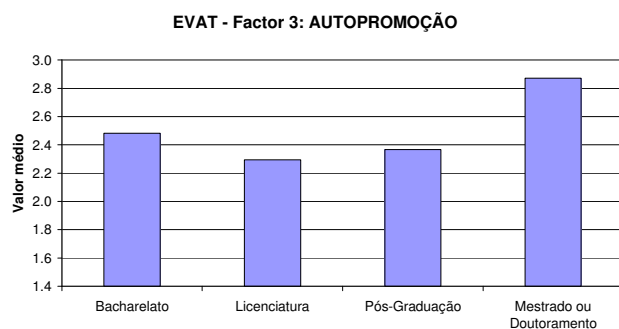
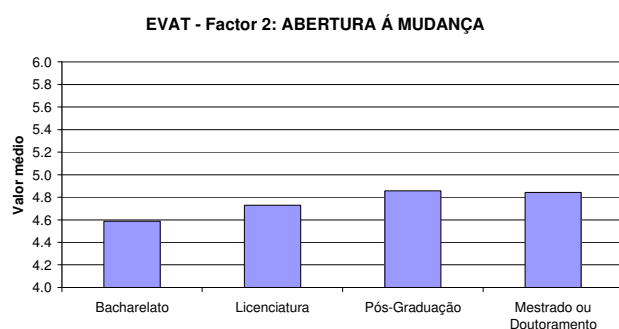
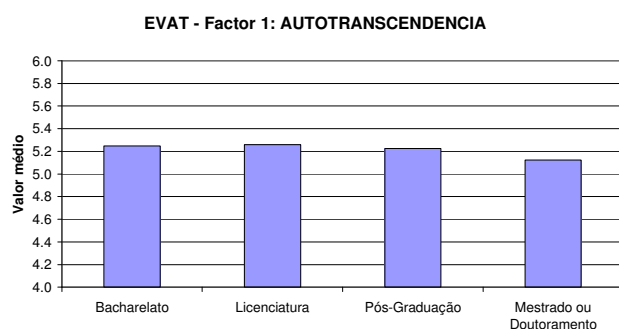
Tabela 158 - Resultados do Teste de Kruskal-Wallis (H07e)

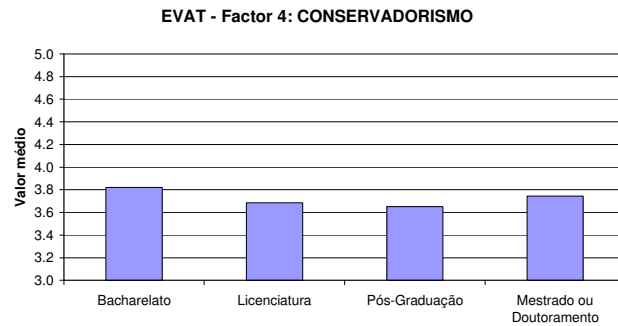
	Chi-Square	df	Asymp. Sig.
EVAT - Factor 1: AUTOTRASCENDENCIA	0.417	3	0.937
EVAT - Factor 2: ABERTURA À MUDANÇA	4.992	3	0.172
EVAT - Factor 3: AUTOPROMOÇÃO	15.317	3	0.002
EVAT - Factor 4: CONSERVADORISMO	2.419	3	0.490

Como seria de esperar, os resultados do teste de Kruskal-Wallis confirmam mais uma vez todos os resultados do teste Anova.

Apresenta-se de seguida a representação gráfica da relação dos valores para o trabalho com o grau de escolaridade, bem como a interpretação dos diferentes resultados obtidos.

Gráfico 81 - Relação dos valores para o trabalho com o grau de escolaridade (H07e)





Da observação das representações gráficas apresentadas, decorrem as conclusões que se passam a enumerar de uma forma indexada aos 4 factores do EVAT:

A autotranscendência apresenta valores médios semelhantes para as várias classes que integram a variável escolaridade, pelo que se pode afirmar que a autotranscendência não tem uma relação estatisticamente significativa com a escolaridade.

A abertura à mudança aumenta gradualmente com o incremento do grau de escolaridade mas, como as diferenças observadas não são estatisticamente significativas, conclui-se que a abertura à mudança não apresenta uma relação estatisticamente significativa com a escolaridade.

A autopromoção evidencia valores médios superiores para os graus de escolaridade de mestrado e de doutoramento, que são seguidos pelo grau de bacharelato, sendo as diferenças observadas estatisticamente significativas. Ou seja, uma vez que a autopromoção tende a aumentar com o grau de escolaridade, com a excepção feita para o bacharelato, pode-se afirmar que se confirma parcialmente a hipótese H07e, pelo que são válidos os pressupostos de McNeese-Smith (2000) e McNeese-Smith e Servellen (2000), de que os valores variam em função da escolaridade.

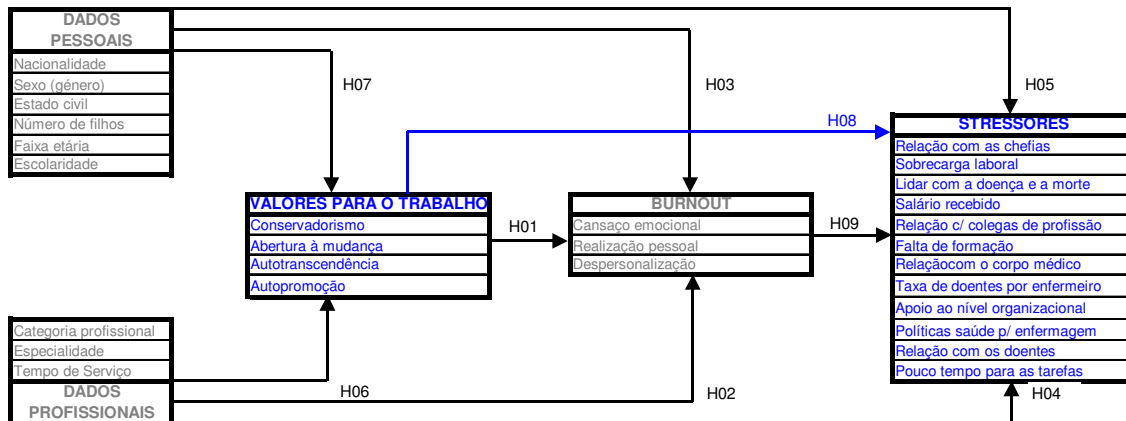
O conservadorismo exhibe valores médios ligeiramente superiores e semelhantes para o grau académico mais baixo do bacharelato, e para o grau de escolaridade que integra o mestrado e o doutoramento, no entanto, as diferenças observadas não são estatisticamente significativas, pelo que se conclui que a escolaridade não apresenta uma relação estatisticamente significativa com o conservadorismo.

7.3.8. Análise da hipótese H08

Esta hipótese procura compreender se subjacente a cada um dos factores do EVAT se encontra uma hierarquia de stressores distinta. A relação hipotetizada encontra-se representada destacadamente a cor azul.

Figura 47 – Destaque do desenho metodológico para a dedução da hipótese H08

H08 - Cada um dos factores do EVAT apresenta uma diferente hierarquização dos stressores



Considerando que as dimensões da escala EVAT e a hierarquização dos stressores são variáveis quantitativas e, por outro lado, que as dimensões da escala EVAT não cumprem o pressuposto da normalidade conforme anteriormente se verificou, infere-se que a análise através dos coeficientes de correlação de Pearson não é válida.

Assim sendo, deve utilizar-se o coeficiente de correlação de Spearman, que não é sensível a assimetrias de distribuição e não exige a normalidade da distribuição dos dados.

As correlações assinaladas com (*) são significantes para um valor de referência de 5% e consideradas como correlações normais, enquanto que as correlações assinaladas com (**) são significantes para um valor de referência de 1%, sendo designadas por correlações fortes.

Tabela 159 - Validação da hipótese pelo cálculo do coeficiente de correlação de Spearman (H08)

		EVAT - Factor 1: AUTOTRANS- CENDENCIA	EVAT - Factor 2: ABERTURA À MUDANÇA	EVAT - Factor 3: AUTO- PROMOÇÃO	EVAT - Factor 4: CONSERVADO- RISMO
Relação com as chefias	Correlation Coefficient	-.013	-.041	-.037	-.047
	Sig. (2-tailed)	.664	.171	.218	.122
	N	1099	1099	1098	1098
Sobrecarga laboral	Correlation Coefficient	.014	.056	.032	.002
	Sig. (2-tailed)	.636	.062	.294	.943
	N	1100	1100	1099	1099
Lidar com a doença e a morte	Correlation Coefficient	-.072(*)	-.020	.092(**)	.006
	Sig. (2-tailed)	.017	.498	.002	.837
	N	1100	1100	1099	1099
Salário recebido	Correlation Coefficient	.037	.026	-.072(*)	-.070(*)
	Sig. (2-tailed)	.217	.387	.017	.020
	N	1100	1100	1099	1099
Relação com os colegas de profissão	Correlation Coefficient	-.022	-.012	.003	-.111(**)
	Sig. (2-tailed)	.458	.700	.922	.000
	N	1100	1100	1099	1099
Falta de formação	Correlation Coefficient	.033	-.014	.012	-.016
	Sig. (2-tailed)	.279	.653	.700	.585
	N	1100	1100	1099	1099
Relação com o corpo médico	Correlation Coefficient	-.119(**)	-.066(*)	.057	-.061(*)
	Sig. (2-tailed)	.000	.029	.059	.044
	N	1100	1100	1099	1099
Taxa de doentes por enfermeiro	Correlation Coefficient	.008	.001	.033	.013
	Sig. (2-tailed)	.782	.986	.280	.666
	N	1100	1100	1099	1099
Apoio ao nível organizacional	Correlation Coefficient	-.047	-.067(*)	.004	.080(**)
	Sig. (2-tailed)	.123	.025	.884	.008
	N	1100	1100	1099	1099
Políticas de saúde para a enfermagem	Correlation Coefficient	-.049	-.052	-.017	-.004
	Sig. (2-tailed)	.105	.087	.578	.888
	N	1100	1100	1099	1099
Relação com os doentes	Correlation Coefficient	.047	.016	.004	-.124(**)
	Sig. (2-tailed)	.116	.598	.899	.000
	N	1100	1100	1099	1099
Pouco tempo para as tarefas	Correlation Coefficient	-.061(*)	-.038	.019	.018
	Sig. (2-tailed)	.042	.213	.519	.542
	N	1100	1100	1099	1099

** Correlação significativa para um nível de significância de 0.01.

* Correlação significativa para um nível de significância de 0.05.

Atente-se para o facto das correlações estatisticamente significantes poderem ser: positivas (**verde**), o que significa que a um aumento de uma variável corresponde um aumento significativo da outra, neste caso a um aumento do factor corresponde uma diminuição da importância do stressor (lembre-se que a classificação 1 é para o stressor mais importante, enquanto que o 12 vai para o stressor considerado como menos importante); ou negativas (**vermelho**), o que quer dizer que a um aumento de uma variável corresponde uma diminuição significativa da outra, neste caso a um aumento do factor corresponde um aumento da importância do stressor (pois que 1 é a classificação atribuída ao stressor mais importante e assim sucessivamente até ao menos importante, ao qual é atribuído o algarismo 12).

Com base na tabela anteriormente apresentada, observa-se que existem as seguintes correlações que se passam a apresentar de um modo sistematizado.

Existe uma correlação estatisticamente significativa e negativa entre:

EVAT (Factor 1) = AUTOTRASCENDENCIA com:

- Lidar com a morte e a doença;
- Relação com o corpo médico;
- Pouco tempo para as tarefas.

EVAT (Factor 2) = ABERTURA À MUDANÇA com:

- Relação com o corpo médico;
- Apoio ao nível organizacional.

EVAT (Factor 3) = AUTOPROMOÇÃO com:

- Salário recebido.

EVAT (Factor 4) = CONSERVADORISMO com:

- Salário recebido;
- Relação com os colegas de profissão;
- Relação com o corpo médico;
- Relação com os doentes.

Para estas relações estatisticamente significativas, a um aumento do factor do EVAT corresponde uma maior importância do stressor (dado o modo como estes foram hierarquizados).

Existe uma correlação estatisticamente significativa e positiva entre:

EVAT (Factor 3) = AUTOPROMOÇÃO com:

Lidar com a morte e a doença.

EVAT (Factor 4) = CONSERVADORISMO com:

Apoio ao nível organizacional.

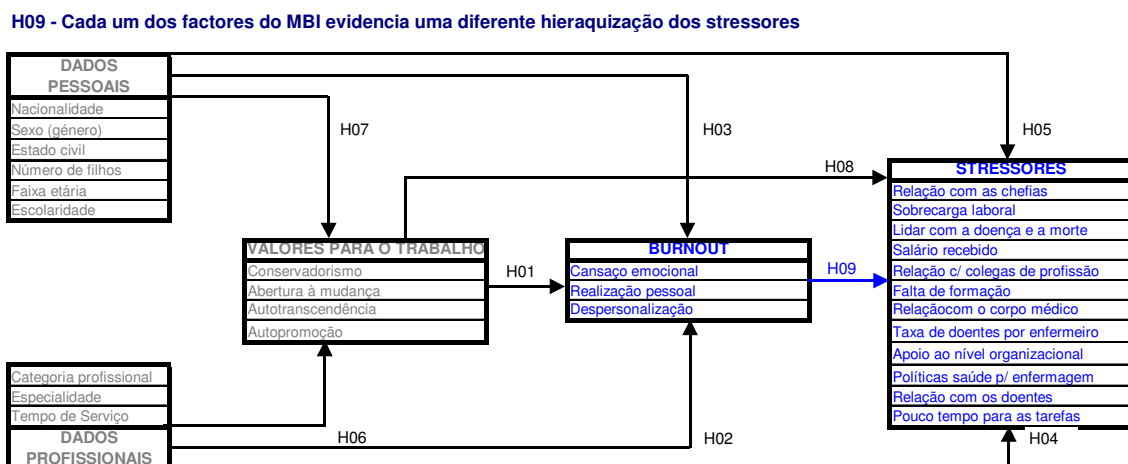
Para estas relações estatisticamente significativas, a um aumento do factor do EVAT corresponde uma menor importância do stressor.

Das considerações atrás estabelecidas, uma vez que para todos os factores do EVAT se verifica uma relação com alguns stressores, resulta que a hipótese formulada se verifica apenas em algumas situações, não se podendo contudo afirmar que a cada um dos factores para o EVAT corresponde uma hierarquização diferente de stressores.

7.3.9. Análise da hipótese H09

A finalidade desta hipótese é compreender se por cada um dos factores do MBI se encontra uma hierarquização de stressores diferente. Destaca-se a cor azul, no esquema que se apresenta na figura seguinte, a relação hipotetizada em H09.

Figura 48 – Destaque do desenho metodológico para a dedução da hipótese H09



As dimensões da escala MBI e a hierarquização dos stressores são variáveis quantitativas. Uma vez que já se verificou que as dimensões da escala MBI não cumprem o pressuposto da normalidade, a análise através dos coeficientes de correlação de Pearson não é válida. Deve portanto utilizar-se o coeficiente de correlação de Spearman, pois que não é sensível a assimetrias de distribuição e não exige a normalidade da distribuição dos dados.

Tabela 160 - Validação da hipótese pelo cálculo do coeficiente de correlação de Spearman (H09)

		MBI - Factor 1: ESGOTAMENTO EMOCIONAL	MBI - Factor 2: REALIZAÇÃO PESSOAL	MBI - Factor 3: DESPERSONALIZAÇÃ O
Relação com as chefias	Correlation Coefficient	-.005	.040	.002
	Sig. (2-tailed)	.873	.191	.956
	N	1098	1097	1099
Sobrecarga laboral	Correlation Coefficient	-.073(*)	.003	-.001
	Sig. (2-tailed)	.015	.911	.970
	N	1099	1098	1100
Lidar com a doença e a morte	Correlation Coefficient	.053	-.038	.043
	Sig. (2-tailed)	.081	.214	.153
	N	1099	1098	1100
Salário recebido	Correlation Coefficient	-.047	.058	-.044
	Sig. (2-tailed)	.118	.055	.145
	N	1099	1098	1100
Relação com os colegas de profissão	Correlation Coefficient	-.005	.000	-.009
	Sig. (2-tailed)	.881	.990	.757
	N	1099	1098	1100
Falta de formação	Correlation Coefficient	.022	.030	-.029
	Sig. (2-tailed)	.468	.315	.338
	N	1099	1098	1100
Relação com o corpo médico	Correlation Coefficient	-.035	-.046	-.026
	Sig. (2-tailed)	.244	.128	.380
	N	1099	1098	1100
Taxa de doentes por enfermeiro	Correlation Coefficient	-.097(**)	-.032	-.078(**)
	Sig. (2-tailed)	.001	.284	.009
	N	1099	1098	1100
Apoio ao nível organizacional	Correlation Coefficient	-.010	.054	.007
	Sig. (2-tailed)	.734	.075	.814
	N	1099	1098	1100
Políticas de saúde para a enfermagem	Correlation Coefficient	-.009	.002	-.020
	Sig. (2-tailed)	.764	.957	.506
	N	1099	1098	1100
Relação com os doentes	Correlation Coefficient	-.038	-.001	-.130(**)
	Sig. (2-tailed)	.208	.962	.000
	N	1099	1098	1100
Pouco tempo para as tarefas	Correlation Coefficient	-.044	-.049	.053
	Sig. (2-tailed)	.145	.102	.078
	N	1099	1098	1100

** Correlação significativa para um nível de significância de 0.01.

* Correlação significativa para um nível de significância de 0.05.

Tal como anteriormente referido, assinale-se que as correlações estatisticamente significantes são todas negativas (**vermelho**), o que quer dizer que a um aumento de uma variável corresponde uma diminuição significativa da outra, neste caso a um aumento do factor corresponde um aumento da importância do stressor (dada a inversão de valores implicada na hierarquização dos stressores).

Existe uma correlação estatisticamente significativa e negativa entre:

MBI (Factor 1) = ESGOTAMENTO EMOCIONAL com:

Sobrecarga laboral;

Taxa de doentes por enfermeiro.

MBI (Factor 3) = DESPERSONALIZAÇÃO com:

Taxa de doentes por enfermeiro;

Relação com os doentes.

Para estas relações estatisticamente significativas, a um aumento do factor do MBI corresponde uma maior importância do stressor.

Conforme se pode observar, o factor Esgotamento emocional correlaciona-se normal e significativamente com o stressor Sobrecarga laboral (-.073) e forte e significativamente com a Taxa de doentes por enfermeiro (-.097), enquanto que o factor despersonalização se correlaciona forte e significativamente com o stressor Taxa de doentes por enfermeiro (-.078) e com o stressor Relação com os doentes (-.130).

Ou seja, apenas para dois factores do MBI se verificam duas relações estatisticamente significativas com stressores, pelo que não se pode afirmar que a hipótese se verifique de uma forma consistente.

7.4. Análise da relação entre a variável dependente (MBI) e as restantes variáveis

Seguidamente, procede-se a uma regressão linear entre o burnout avaliado pelos factores que integram o Inventário de Burnout de Maslach (cansaço emocional, realização pessoal e despersonalização) e as restantes variáveis que integram esta investigação.

7.4.1. Modelo de regressão linear entre a variável dependente Y=MBI e as restantes variáveis

Os modelos de regressão linear múltipla, em vez de uma variável independente (explicativa) ou regressor, apresentam duas ou mais variáveis independentes, que vão ser usadas para estimar os valores para a variável dependente.

7.4.1.1. Formulação do Modelo

A fórmula geral do modelo é a seguinte:

$$Y_i = \beta_0 + \beta_1 X_{i1} + \beta_2 X_{i2} + \dots + \beta_{p-1} X_{i,p-1} + \varepsilon_i \quad i=1, 2, \dots, n$$

A esta equação dá-se o nome de curva de regressão da população, onde:

- 1- Y_i é a **variável dependente** – factores do MBI. O i representa a observação amostral i em n ;
 - 2- X_{p-1} **são as variáveis independentes** ou explicativas. No modelo há $p-1$ variáveis explicativas e p parâmetros. Todas as restantes variáveis são variáveis independentes;
 - 3- Os β_k são os **parâmetros** do modelo. O parâmetro β_k indica a variação do valor esperado de Y , com o aumento de uma unidade de X_k , quando todas as outras variáveis explicativas no modelo permanecem constantes.
- O efeito de uma variável explicativa no valor esperado de Y é sempre o mesmo, para quaisquer níveis das outras variáveis explicativas, ou seja, os efeitos das variáveis explicativas no valor esperado de Y são aditivos e portanto não interagem.
- 4- O ε_i é o **termo aleatório** (termo erro ou ainda termo de perturbação).

O termo aleatório representa todas as variáveis com poder explicativo sobre a variável de interesse que foram omitidas pelo modelo.

Existe uma componente da variação na variável dependente que é explicada pelas variáveis independentes incluídas no modelo, mas também existe uma componente que reflecte a nossa ignorância referente a factores explicativos não contemplados.

Este termo aleatório vai seguir uma distribuição de probabilidade com uma média e com uma variância $N(0, \sigma^2)$.

7.4.1.2. Estimação dos Parâmetros do Modelo

Tal como preconizado para o efeito, o primeiro passo de uma regressão linear é estimar os coeficientes do modelo de regressão com base numa amostra representativa da população estudada, usando os estimadores adequados. Assim, para a curva de regressão da população temos:

$$Y_i = \beta_0 + \beta_1 X_{i1} + \beta_2 X_{i2} + \dots + \beta_{p-1} X_{i,p-1} + \varepsilon_i \quad i=1, 2, \dots, n$$

Na maioria das situações, a partir de uma amostra de observações para a variável de interesse Y_i , correspondentes a determinados valores fixos para as variáveis de decisão X_{p-1} , pode-se estimar a curva de regressão da população.

Não é possível observar os verdadeiros parâmetros nem os termos de erro, mas é possível estimar os parâmetros do modelo e calcular os resíduos $e_i = (Y_i - \hat{Y}_i)$.

A curva de regressão estimada é dada por:

$$Y_i = b_0 + b_1 X_{i1} + b_2 X_{i2} + \dots + b_{p-1} X_{i,p-1} + e_i \quad i=1, 2, \dots, n$$

\hat{Y}_i - estimador do $E(Y_i)$

$b_0 = \hat{\beta}_0$ - estimador de β_0 , $b_1 = \hat{\beta}_1$ - estimador de β_1 , ... , $b_{p-1} = \hat{\beta}_{p-1}$ - estimador de β_{p-1}

Para cada $(X_{i1}, X_{i2}, \dots, X_{i,p-1})$, tem-se uma observação amostral $Y=Y_i$.

Caso se usasse uma amostra diferente obter-se-ia uma curva de regressão estimada diferente. Em termos de curva de regressão estimada, os Y_i podem ser expressos como:

$$Y_i = \hat{Y}_i + e_i$$

7.4.1.3. Método dos Mínimos Quadráticos

Para encontrar bons estimadores dos parâmetros da regressão, utiliza-se o método dos mínimos quadráticos. Este método considera todos os *resíduos* da amostra, ou seja, os desvios entre os valores observados da variável dependente Y_i e os respectivos valores esperados, para todas as observações amostrais.

$$e_i = Y_i - \hat{Y}_i = Y_i - (b_0 + b_1 X_{i1} + b_2 X_{i2} + \dots + b_{p-1} X_{i,p-1})$$

Este critério Q , como já vimos anteriormente, considera a soma dos n desvios elevados ao quadrado:

$$Q = \sum_{i=1}^n e_i^2 = \sum_{i=1}^n [Y_i - (b_0 + b_1 X_{i1} + b_2 X_{i2} + \dots + b_{p-1} X_{i,p-1})]^2$$

Os estimadores são os valores de b_i que minimizam o critério Q , para a amostra de observações $(X_{11}, X_{12}, \dots, X_{1,p-1}, Y_1)$, $(X_{21}, X_{22}, \dots, X_{2,p-1}, Y_2)$, ..., $(X_{n1}, X_{n2}, \dots, X_{n,p-1}, Y_n)$. Então, pelo método dos mínimos quadrados, os estimadores vão ser dados por:

$$b = \underset{(p \times 1)}{(X'X)^{-1}} \underset{(p \times p)}{(X'Y)} \underset{(p \times 1)}$$

Sendo:

$$X'X = \begin{bmatrix} 1 & 1 & \dots & 1 \\ X_{11} & X_{21} & \dots & X_{n1} \\ \dots & \dots & \dots & \dots \\ X_{1,p-1} & X_{2,p-1} & \dots & X_{n,p-1} \end{bmatrix} \cdot \begin{bmatrix} 1 & X_{11} & \dots & X_{1,p-1} \\ 1 & X_{21} & \dots & X_{2,p-1} \\ \dots & \dots & \dots & \dots \\ 1 & X_{n1} & \dots & X_{n,p-1} \end{bmatrix}$$

$$X'X = \begin{bmatrix} n & \sum X_{i,1} & \sum X_{i,2} & \dots & \sum X_{i,p-1} \\ \sum X_{i,1} & \sum X_{i,1}^2 & \sum X_{i,1}X_{i,2} & \dots & \sum X_{i,1}X_{i,p-1} \\ \sum X_{i,2} & \sum X_{i,2}X_{i,1} & \sum X_{i,2}^2 & \dots & \sum X_{i,2}X_{i,p-1} \\ \dots & \dots & \dots & \dots & \dots \\ \sum X_{i,p-1} & \sum X_{i,p-1}X_{i,1} & \sum X_{i,p-1}X_{i,2} & \dots & \sum X_{i,p-1}^2 \end{bmatrix}$$

e

$$X'Y = \begin{bmatrix} 1 & 1 & \dots & 1 \\ X_{11} & X_{21} & \dots & X_{n1} \\ \dots & \dots & \dots & \dots \\ X_{1,p-1} & X_{2,p-1} & \dots & X_{n,p-1} \end{bmatrix} \cdot \begin{bmatrix} Y_1 \\ Y_2 \\ \dots \\ Y_n \end{bmatrix} \Leftrightarrow X'Y = \begin{bmatrix} \sum Y_i \\ \sum X_{i,1}Y_i \\ \dots \\ \sum X_{i,p-1}Y_i \end{bmatrix}$$

7.4.1.4. Variância do Termo de Erro

A variância do termo estocástico de erro é um indicador da dispersão da distribuição de probabilidade de Y_i (dispersão de Y_i em torno do seu valor esperado). Um conjunto de inferências relativas à curva de regressão e à previsão de valores para a variável de interesse, fazem uso de uma estimativa para a variância. Calcula-se o desvio entre as observações e o seu valor estimado - resíduos:

$$e_i = Y_i - \hat{Y}_i$$

Calcula-se a soma do quadrado dos resíduos - SSE (*Sum of Squares Error*):

$$SSE = \sum_{i=1}^n (Y_i - \hat{Y}_i)^2 = \sum_{i=1}^n e_i^2$$

Divide-se o SSE por $n-p$ graus de liberdade, porque p graus de liberdade foram perdidos devido à necessidade de estimar p parâmetros. A estimativa da variância é dada por MSE (*mean square error*):

$$\hat{\sigma}^2 = MSE = \frac{SSE}{n-p} = \frac{\sum_{i=1}^n (Y_i - \hat{Y}_i)^2}{n-p} = \frac{\sum_{i=1}^n e_i^2}{n-p}$$

Um estimador para o desvio padrão é obtido aplicando a raiz quadrada ao MSE:

$$\hat{\sigma} = \sqrt{MSE}$$

7.4.1.5. Qualidade do ajuste linear obtido: Coeficiente de Determinação (r^2)

O r^2 vai ser dado pela seguinte expressão:

$$r^2 = \frac{SSR}{SSTO} = \frac{SSTO - SSE}{SSTO} = 1 - \frac{SSE}{SSTO} = \frac{\sum_{i=1}^n (\hat{Y}_i - \bar{Y})^2}{\sum_{i=1}^n (Y_i - \bar{Y})^2} = 1 - \frac{\sum_{i=1}^n (Y_i - \hat{Y}_i)^2}{\sum_{i=1}^n (Y_i - \bar{Y})^2}$$

O *SSTO* (*Total Sum of Squares* ou soma dos quadrados totais) é o somatório dos desvios quadrados das observações Y_i em relação à média de todas as observações \bar{Y} (média amostral). O *SSTO* origina uma medida da dispersão da variável Y em torno da sua média e traduz a incerteza em relação à variável Y , em função dos seus valores amostrais.

O *SSR* (*regression sum of squares* ou soma dos quadrados da regressão), tem a ver com os desvios quadrados entre os valores estimados pela recta de regressão \hat{Y}_i e a média das observações \bar{Y} . O *SSR* pode ser considerado uma medida da parte da variabilidade dos Y_i que está associada à curva de regressão. Quanto maior o *SSR* em relação ao *SSTO*, maior será a influência da relação entre as variáveis no total da variação da variável de interesse.

A soma dos quadrados totais é igual à soma dos quadrados da regressão com a soma dos quadrados dos resíduos:

$$SSTO = SSR + SSE$$

Como
$$r^2 = \frac{SSR}{SSTO} = 1 - \frac{SSE}{SSTO}$$

O r^2 surge como uma medida que mede o efeito das variáveis explicativas na redução da variação dos Y_i , isto é, na redução da incerteza associada à previsão do Y_i . De outra forma, o r^2 mede a percentagem ou a proporção da variação total dos Y_i explicada pelo modelo. Os limites do r^2 são: $0 \leq r^2 \leq 1$.

Um $r^2 = 1$, diz que se conseguiu um ajustamento perfeito, enquanto que um $r^2=0$ significa que não existe qualquer relação entre a variável dependente e as variáveis independente. Na prática o r^2 vai estar entre estes dois valores. Quanto mais próximo de 1 maior o grau de associação linear entre as variáveis explicativas e a variável dependente.

7.4.1.6. Comparação da qualidade do ajuste linear com dois modelos: Coeficiente de Determinação Ajustado (r_a^2)

Adicionando mais variáveis ao modelo de regressão, o r^2 só pode aumentar, porque o SSE nunca aumenta (só pode diminuir) com a introdução de novas variáveis explicativas e o SSTO é sempre igual qualquer que seja o número de variáveis explicativas do modelo (não leva em conta estas variáveis). Pelo que o SSR só pode aumentar, implicando assim o aumento do r^2 .

Para fazer face a isto, é normalmente sugerida uma medida que se ajusta para o número dos X no modelo - coeficiente de determinação ajustado. O ajustamento efectuado consiste simplesmente em dividir as duas somas dos quadrados pelos respectivos graus de liberdade.

$$r_a^2 = 1 - \frac{\frac{SSE}{n-p}}{\frac{SSTO}{n-1}} = 1 - \frac{n-1}{n-p} \cdot \frac{\sum_{i=1}^n (Y_i - \hat{Y}_i)^2}{\sum_{i=1}^n (Y_i - \bar{Y})^2}$$

Este coeficiente pode assumir um valor inferior, quando se introduz uma variável explicativa adicional, pois uma redução do SSE pode ser compensada com a perda de mais um grau de liberdade no denominador n-p.

7.4.2. Regressão linear múltipla para o Factor 1 do MBI (cansaço emocional)

Este constitui o passo decisivo do estudo da relação estatística entre as variáveis. O primeiro modelo de regressão, inicialmente, integra todas as variáveis independentes

$$Y_i = \beta_0 + \beta_1 X_{i1} + \beta_2 X_{i2} + \beta_3 X_{i3} + \beta_4 X_{i4} + \beta_5 X_{i5} + \beta_6 X_{i6} + \beta_7 X_{i7} + \varepsilon_i \quad i=1, 2, \dots,$$

São produzidos os seguintes resultados:

Tabela 161 – Sumário do modelo para o esgotamento emocional(b)

Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate	Durbin-Watson
1	.274(a)	.075	.056	1.01193	1.702

a Predictors: (Constant), Pouco tempo para as tarefas, Salário recebido, Categoria Profissional, Relação com o corpo médico, Sexo, EVAT - Factor 2: ABERTURA À MUDANÇA, Lidar com a doença e a morte, EVAT - Factor 4: CONSERVADORISMO, Falta de formação, Relação com os doentes, Políticas de saúde para a enfermagem, Grau de Escolaridade, EVAT - Factor 3: AUTOPROMOÇÃO, Relação com as chefias, Sobrecarga laboral, Apoio ao nível organizacional, Taxa de doentes por enfermeiro, Número de Filhos, Relação com os colegas de profissão, EVAT - Factor 1: AUTOTRASCENDENCIA, Tempo de serviço, Faixa etária

b Dependent Variable: MBI - Factor 1: CANSAÇO OU ESGOTAMENTO EMOCIONAL

Para este modelo:

O coeficiente de determinação $r^2 = 7,5\%$, que representa a percentagem ou a proporção da variação total dos Y_i explicada pelo modelo, é bastante baixo. O coeficiente de determinação ajustado é $r_a^2 = 5,6\%$, e o erro padrão de uma estimativa de Y – Factor 1 do MBI (cansaço emocional) com o modelo é de 1,01.

Tabela 162 – Anova para o modelo do esgotamento emocional(b)

Model	Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
1 SSR - Regression	89.358	22	4.062	3.967	.000(a)
SSE - Residual	1097.727	1072	1.024		
SSTO - Total	1187.085	1094			

a Predictors: (Constant), Pouco tempo para as tarefas, Salário recebido, Categoria Profissional, Relação com o corpo médico, Sexo, EVAT - Factor 2: ABERTURA À MUDANÇA, Lidar com a doença e a morte, EVAT - Factor 4: CONSERVADORISMO, Falta de formação, Relação com os doentes, Políticas de saúde para a enfermagem, Grau de Escolaridade, EVAT - Factor 3: AUTOPROMOÇÃO, Relação com as chefias, Sobrecarga laboral, Apoio ao nível organizacional, Taxa de doentes por enfermeiro, Número de Filhos, Relação com os colegas de profissão, EVAT - Factor 1: AUTOTRASCENDENCIA, Tempo de serviço, Faixa etária

b Dependent Variable: MBI - Factor 1: ESGOTAMENTO EMOCIONAL

Na tabela da Anova apresentam-se os valores de SSR, SSE e SSTO, MSE e MSR. A variância do modelo é de 1,024.

Procede-se também ao teste sobre a significância global do modelo:

$$H_0: \beta_1 = \beta_2 = \dots = \beta_8 = 0$$

$$H_1: \exists k (k = 1, 2, \dots, 8): \beta_k \neq 0, \text{ ou seja, nem todos os parâmetros são iguais a zero}$$

Estatística do teste:
$$F = \frac{MSR}{MSE} = 3.967$$

Como a significância do teste é 0,000 = 0,0%, o que é inferior ao valor de referência de 5%, rejeita-se a hipótese nula, ou seja, existe pelo menos um parâmetro do modelo diferente de zero, pelo que o modelo é globalmente significativo.

7.4.2.1. Variáveis que contribuem de forma mais significativa para o modelo

Tabela 163 – Cálculo da significância das variáveis do modelo do esgotamento emocional(a)

Model	Unstandardized Coefficients	Standardized Coefficients		t	Sig.
	B	Std. Error	Beta		
1 (Constant)	2.551	.344		7.423	.000
Sexo	-.008	.074	-.003	-.109	.913
Número de Filhos	.040	.048	.033	.841	.400
Faixa etária	-.234	.057	-.281	-4.117	.000
Grau de Escolaridade	-.008	.050	-.005	-.171	.864
Categoria Profissional	.018	.069	.012	.267	.790
Tempo de serviço	.137	.050	.184	2.753	.006
EVAT - Factor 1: AUTOTRASCENDENCIA	-.015	.042	-.014	-.368	.713
EVAT - Factor 2: ABERTURA À MUDANÇA	-.136	.037	-.131	-3.721	.000
EVAT - Factor 3: AUTOPROMOÇÃO	.136	.036	.128	3.764	.000
EVAT - Factor 4: CONSERVADORISMO	.091	.046	.065	1.980	.048
Relação com as chefias	.004	.010	.013	.380	.704
Sobrecarga laboral	-.023	.011	-.070	-2.130	.033
Lidar com a doença e a morte	.012	.009	.040	1.318	.188
Salário recebido	-.008	.009	-.026	-.829	.407
Relação com os colegas de profissão	.000	.010	.000	.010	.992
Falta de formação	.010	.010	.033	1.060	.289
Relação com o corpo médico	-.017	.010	-.051	-1.591	.112
Taxa de doentes por enfermeiro	-.021	.011	-.062	-1.839	.066
Apoio ao nível organizacional	-.018	.011	-.055	-1.639	.102
Políticas de saúde para a enfermagem	.002	.010	.005	.162	.871
Relação com os doentes	-.006	.009	-.020	-.598	.550
Pouco tempo para as tarefas	.010	.011	.029	.835	.404

a Dependent Variable: MBI - Factor 1: ESGOTAMENTO EMOCIONAL

Importa verificar quais as variáveis que são significantes para o modelo, ou seja, aquelas cujo parâmetro apresenta uma estimativa significativamente diferente de zero.

Procedem-se aos testes de hipóteses sobre β_K :

$H_0: \beta_K = 0$

$H_1: \beta_K \neq 0$

Estatística do Teste:

$$t^* = \frac{b_k}{s(b_k)}, \text{ apresentada na coluna t}$$

A significância do teste (sig.) é comparada com o valor de referência de 5%, rejeita-se a hipótese nula se for inferior a 5% e não se rejeita a hipótese nula se for superior a 5%, ou seja, apenas para as variáveis assinaladas a vermelho se rejeita a hipótese do parâmetro associado ser igual a zero. Assim sendo, apenas estas são significantes para o modelo.

7.4.2.2. Optimização do modelo obtido, removendo as variáveis não significativas

Através de um processo de análise sistemática da importância de cada variável nos modelos desenvolvidos, vão sendo eliminadas, passo a passo, variáveis que não apresentam relevância, de acordo com os critérios de análise da significância das variáveis independentes, ou seja dos regressores. Todos os procedimentos disponíveis no SPSS para selecção automática de variáveis relevantes para o modelo (*Forward*, *Backward*, *Stepwise*, e *Remove*) foram testados, tendo todos produzido resultados semelhantes, quando aplicados a este modelo, conduzindo a um modelo final em que apenas são seleccionadas como variáveis explicativas para o modelo os regressores que são variáveis significantes, sendo todas as restantes variáveis consideradas não significantes.

Deste modo, obteve-se o seguinte modelo de regressão linear:

Tabela 164 – Sumário da optimização do modelo para o esgotamento emocional(g)

Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate	Durbin-Watson
6	.252(f)	.063	.058	1.01097	1.701

f Predictors: (Constant), EVAT - Factor 3: AUTOPROMOÇÃO, EVAT - Factor 2: ABERTURA À MUDANÇA, Taxa de doentes por enfermeiro, Faixa etária, Tempo de serviço, EVAT - Factor 4: CONSERVADORISMO

g Dependent Variable: MBI - Factor 1: ESGOTAMENTO EMOCIONAL

Para este modelo:

O coeficiente de determinação $r^2 = 6,3\%$, que representa a percentagem ou a proporção da variação total dos Y_i explicada pelo modelo, diminui bastante pouco comparativamente com o primeiro modelo. O coeficiente de determinação ajustado, que permite comparar a qualidade do ajustamento de dois modelos, $r_a^2 = 5,8\%$ aumentou relativamente ao primeiro modelo, pelo que este modelo apresenta melhor qualidade de

ajustamento. O erro padrão de uma estimativa de Y – Factor 1 do MBI (cansaço emocional) efectuada com o modelo é de 1,01.

Tabela 165 – Anova para o modelo otimizado do esgotamento emocional(g)

Model	Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
1 SSR - Regression	75.089	6	12.515	12.245	.000(f)
SSE - Residual	1111.996	1088	1.022		
SSTO - Total	1187.085	1094			

f Predictors: (Constant), EVAT - Factor 3: AUTOPROMOÇÃO, EVAT - Factor 2: ABERTURA À MUDANÇA, Taxa de doentes por enfermeiro, Faixa etária, Tempo de serviço, EVAT - Factor 4: CONSERVADORISMO

g Dependent Variable: MBI - Factor 1: ESGOTAMENTO EMOCIONAL

Na tabela da Anova apresentam-se os valores de SSR, SSE e SSTO, MSE e MSR. A variância do modelo é de 1,022.

Para o teste sobre a significância global do modelo, como a significância do teste é $0,000 = 0,0\%$, inferior ao valor de referência de 5% , rejeita-se a hipótese nula, ou seja, existe pelo menos um parâmetro do modelo diferente de zero, pelo que o modelo é globalmente significativo.

Tabela 166 – Teste da significância total do modelo otimizado para o esgotamento emocional(a)

Model	Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients		t	Sig.
	B	Std. Error	Beta			
1 (Constant)	2.332	.225		10.387	.000	
EVAT - Factor 3: AUTOPROMOÇÃO	.142	.032	.134	4.387	.000	
EVAT - Factor 2: ABERTURA À MUDANÇA	-.144	.031	-.137	-4.603	.000	
Taxa de doentes por enfermeiro	-.029	.010	-.086	-2.934	.003	
Faixa etária	-.217	.052	-.260	-4.161	.000	
Tempo de serviço	.143	.046	.193	3.082	.002	
EVAT - Factor 4: CONSERVADORISMO	.089	.043	.064	2.099	.036	

a Dependent Variable: MBI - Factor 1: ESGOTAMENTO EMOCIONAL

Todas as variáveis são significantes para o modelo, ou seja, todas os parâmetros apresentam uma estimativa significativamente diferente de zero. A significância do teste (sig.) é comparada com o valor de referência de 5% , rejeita-se a hipótese nula se for inferior a 5% e não se rejeita a hipótese nula se for superior a 5% , ou seja, para as variáveis Factor 2, 3 e 4 do EVAT, Taxa de doentes, Faixa etária e Tempo de serviço, rejeita-se a hipótese do parâmetro associado ser igual a zero. Assim sendo, todas as variáveis são significantes para o modelo.

7.4.3. Regressão linear múltipla para o Factor 2 do MBI

O primeiro modelo de regressão, inicialmente, integra todas as variáveis independentes,

$$Y_i = \beta_0 + \beta_1 X_{i1} + \beta_2 X_{i2} + \beta_3 X_{i3} + \beta_4 X_{i4} + \beta_5 X_{i5} + \beta_6 X_{i6} + \beta_7 X_{i7} + \varepsilon_i \quad i=1, 2, \dots, 1100$$

São produzidos os seguintes resultados:

Tabela 167 – Sumário do modelo para a realização pessoal (b)

Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate	Durbin-Watson
1	.451(a)	.203	.187	.84826	1.731

a Predictors: (Constant), Pouco tempo para as tarefas, Categoria Profissional, EVAT - Factor 4: CONSERVADORISMO, Falta de formação, Sexo, Lidar com a doença e a morte, EVAT - Factor 2: ABERTURA À MUDANÇA, Relação com o corpo médico, Salário recebido, Relação com os doentes, Políticas de saúde para a enfermagem, Grau de Escolaridade, EVAT - Factor 3: AUTOPROMOÇÃO, Relação com as chefias, Sobrecarga laboral, Apoio ao nível organizacional, Taxa de doentes por enfermeiro, Número de Filhos, Relação com os colegas de profissão, EVAT - Factor 1: AUTOTRASCENDENCIA, Tempo de serviço, Faixa etária

b Dependent Variable: MBI - Factor 2: REALIZAÇÃO PESSOAL

Para este modelo:

O coeficiente de determinação $r^2 = 20,3\%$, que representa a percentagem ou a proporção da variação total dos Y_i explicada pelo modelo, é bastante baixo. O coeficiente de determinação ajustado $r_a^2 = 18,7\%$, e o erro padrão de uma estimativa de Y – Factor 2 do MBI (realização pessoal) com o modelo é de 0,848.

Tabela 168 – Anova para o modelo da realização pessoal(b)

Model	Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
1 SSR - Regression	196.611	22	8.937	12.420	.000(a)
SSE - Residual	770.630	1071	.720		
SSTO - Total	967.241	1093			

a Predictors: (Constant), Pouco tempo para as tarefas, Categoria Profissional, EVAT - Factor 4: CONSERVADORISMO, Falta de formação, Sexo, Lidar com a doença e a morte, EVAT - Factor 2: ABERTURA À MUDANÇA, Relação com o corpo médico, Salário recebido, Relação com os doentes, Políticas de saúde para a enfermagem, Grau de Escolaridade, EVAT - Factor 3: AUTOPROMOÇÃO, Relação com as chefias, Sobrecarga laboral, Apoio ao nível organizacional, Taxa de doentes por enfermeiro, Número de Filhos, Relação com os colegas de profissão, EVAT - Factor 1: AUTOTRASCENDENCIA, Tempo de serviço, Faixa etária

b Dependent Variable: MBI - Factor 2: REALIZAÇÃO PESSOAL

Na tabela da Anova apresentam-se os valores de SSR, SSE e SSTO, MSE e MSR. A variância do modelo é de 0,720.

Procede-se também ao teste sobre a significância global do modelo:

$$H_0: \beta_1 = \beta_2 = \dots = \beta_8 = 0$$

$$H_1: \exists k (k=1,2,\dots,8): \beta_k \neq 0, \text{ ou seja, nem todos os parâmetros são iguais a zero}$$

$$\text{Estatística do teste: } F = \frac{MSR}{MSE} = 12.420$$

Como a significância do teste é $0,000 = 0,0\%$, inferior ao valor de referência de 5% , rejeita-se a hipótese nula, ou seja, existe pelo menos um parâmetro do modelo diferente de zero, pelo que o modelo é globalmente significativo.

7.4.3.1. Variáveis que contribuem de forma mais significativa para o modelo

Tabela 169 – Cálculo da significância das variáveis do modelo da realização pessoal(a)

Model		Unstandardized Coefficients	Standardized Coefficients			
		B	Std. Error	Beta	t	Sig.
1	(Constant)	2.737	.288		9.493	.000
	Sexo	-.071	.062	-.032	-1.152	.250
	Número de Filhos	.076	.040	.069	1.898	.058
	Faixa etária	-.035	.048	-.047	-.735	.463
	Grau de Escolaridade	.028	.042	.020	.678	.498
	Categoria Profissional	-.074	.058	-.054	-1.268	.205
	Tempo de serviço	-.025	.042	-.037	-.601	.548
	EVAT - Factor 1: AUTOTRASCENDENCIA	.229	.035	.228	6.496	.000
	EVAT - Factor 2: ABERTURA À MUDANÇA	.209	.031	.221	6.793	.000
	EVAT - Factor 3: AUTOPROMOÇÃO	-.117	.030	-.122	-3.860	.000
	EVAT - Factor 4: CONSERVADORISMO	.007	.039	.005	.173	.862
	Relação com as chefias	.009	.008	.032	1.037	.300
	Sobrecarga laboral	.002	.009	.008	.273	.785
	Lidar com a doença e a morte	-.003	.008	-.011	-.399	.690
	Salário recebido	.004	.008	.013	.458	.647
	Relação com os colegas de profissão	.000	.009	-.001	-.016	.987
	Falta de formação	.002	.008	.008	.294	.769
	Relação com o corpo médico	-.003	.009	-.011	-.356	.722
	Taxa de doentes por enfermeiro	-.008	.010	-.027	-.862	.389
	Apoio ao nível organizacional	.023	.009	.077	2.453	.014
	Políticas de saúde para a enfermagem	-.002	.008	-.007	-.229	.819
	Relação com os doentes	-.001	.008	-.005	-.154	.877
	Pouco tempo para as tarefas	-.007	.010	-.024	-.768	.443

a Dependent Variable: MBI - Factor 2: REALIZAÇÃO PESSOAL

Importa verificar quais as variáveis que são significante para o modelo, ou seja, aqueles cujo parâmetro apresenta uma estimativa significativamente diferente de zero.

Procedem-se aos testes de hipóteses sobre β_K :

$$H_0: \beta_K = 0$$

$$H_1: \beta_K \neq 0$$

Estatística do teste:

$$t^* = \frac{b_k}{s(b_k)}, \text{ apresentada na coluna t}$$

A significância do teste (sig.) é comparada com o valor de referência de 5%, rejeita-se a hipótese nula se for inferior a 5% e não se rejeita a hipótese nula se for superior a 5%, ou seja, apenas para as variáveis assinaladas a vermelho se rejeita a hipótese do parâmetro associado ser igual de zero. Assim sendo, apenas estas são significantes para o modelo.

7.4.3.2. Optimização do modelo obtido, removendo as variáveis não significativas

Após o teste de todos os procedimentos disponíveis no SPSS para selecção automática de variáveis relevantes para o modelo, produziram-se resultados semelhantes ao anterior. Foi utilizado o método *Stepwise*, conduzindo a um modelo final em que apenas são seleccionadas como variáveis explicativas para o modelo, os regressores que são variáveis significantes, sendo todas as restantes variáveis consideradas não significantes.

Deste modo, obteve-se o seguinte modelo de regressão linear:

Tabela 170 – Sumário da optimização do modelo para a realização pessoal(f)

Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate	Durbin-Watson
6	.441(e)	.194	.191	.84625	1.738

e Predictors: (Constant), EVAT - Factor 1: AUTOTRASCENDENCIA, EVAT - Factor 2: ABERTURA Á MUDANÇA, EVAT - Factor 3: AUTOPROMOÇÃO, Apoio ao nível organizacional, Categoria Profissional
f Dependent Variable: MBI - Factor 2: REALIZAÇÃO PESSOAL

Para este modelo:

O coeficiente de determinação $r^2 = 19,4\%$, que representa a percentagem ou a proporção da variação total dos Y_i explicada pelo modelo, tendo diminuído bastante pouco

comparativamente ao primeiro modelo. O coeficiente de determinação ajustado, que permite comparar a qualidade do ajustamento de dois modelos, $r_a^2 = 19,1\%$ aumentou relativamente ao primeiro modelo, pelo que este modelo apresenta melhor qualidade de ajustamento. O erro padrão de uma estimativa de Y – Factor 2 do MBI (realização pessoal) efectuada com o modelo é de 0,846.

Tabela 171 – Anova para o modelo optimizado da realização pessoal(f)

Model	Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
1 SSR - Regression	188.087	5	37.617	52.528	.000(e)
SSE - Residual	779.154	1088	.716		
SSTO - Total	967.241	1093			

e Predictors: (Constant), EVAT - Factor 1: AUTOTRASCENDENCIA, EVAT - Factor 2: ABERTURA À MUDANÇA, EVAT - Factor 3: AUTOPROMOÇÃO, Apoio ao nível organizacional, Categoria Profissional

f Dependent Variable: MBI - Factor 2: REALIZAÇÃO PESSOAL

Na tabela da Anova apresentam-se os valores de SSR, SSE e SSTO, MSE e MSR. A variância do modelo é de 0,716. Para o teste sobre a significância global do modelo, como a significância do teste é $0,000 = 0,0\%$, inferior ao valor de referência de 5%, rejeita-se a hipótese nula, ou seja, existe pelo menos um parâmetro do modelo diferente de zero, pelo que o modelo é globalmente significativo.

Tabela 172 – Teste da significância total do modelo optimizado para a realização pessoal(a)

Model	Unstandardized Coefficients	Standardized Coefficients		t	Sig.
	B	Std. Error	Beta		
1 (Constant)	2.648	.200		13.207	.000
EVAT - Factor 1: AUTOTRASCENDENCIA	.230	.033	.229	7.007	.000
EVAT - Factor 2: ABERTURA À MUDANÇA	.215	.030	.228	7.182	.000
EVAT - Factor 3: AUTOPROMOÇÃO	-.118	.028	-.123	-4.240	.000
Apoio ao nível organizacional	.024	.008	.083	3.032	.002
Categoria Profissional	-.103	.038	-.076	-2.745	.006

a Dependent Variable: MBI - Factor 2: REALIZAÇÃO PESSOAL

Todas as variáveis são significantes para o modelo, ou seja, todas os parâmetros apresentam uma estimativa significativamente diferente de zero. A significância do teste (sig.) é comparada com o valor de referência de 5%, rejeita-se a hipótese nula se for inferior a 5% e não se rejeita a hipótese nula se for superior a 5%, ou seja, para as variáveis Factor 1, 2 e 3 do EVAT, Apoio ao nível organizacional e Categoria profissional, rejeita-se a hipótese do parâmetro associado ser igual a zero. Assim sendo, todas estas as variáveis são significantes para o modelo.

7.4.4. Regressão linear múltipla para o Factor 3 do MBI

O primeiro modelo de regressão, inicialmente, integra todas as variáveis independentes

$$Y_i = \beta_0 + \beta_1 X_{i1} + \beta_2 X_{i2} + \beta_3 X_{i3} + \beta_4 X_{i4} + \beta_5 X_{i5} + \beta_6 X_{i6} + \beta_7 X_{i7} + \varepsilon_i \quad i=1, 2, \dots, 1100$$

São produzidos os seguintes resultados:

Tabela 173 – Sumário do modelo para a despersonalização(b)

Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate	Durbin-Watson
1	.412(a)	.170	.153	.89904	1.592

a Predictors: (Constant), Pouco tempo para as tarefas, Falta de formação, EVAT - Factor 4: CONSERVADORISMO, Categoria Profissional, Sexo, Lidar com a doença e a morte, EVAT - Factor 2: ABERTURA À MUDANÇA, Relação com o corpo médico, Salário recebido, Relação com os doentes, Políticas de saúde para a enfermagem, Grau de Escolaridade, EVAT - Factor 3: AUTOPROMOÇÃO, Relação com as chefias, Sobrecarga laboral, Apoio ao nível organizacional, Taxa de doentes por enfermeiro, Número de Filhos, Relação com os colegas de profissão, EVAT - Factor 1: AUTOTRASCENDENCIA, Tempo de serviço, Faixa etária

b Dependent Variable: MBI - Factor 3: DESPERSONALIZAÇÃO

Para este modelo:

O coeficiente de determinação $r^2 = 17,0\%$, que representa a percentagem ou a proporção da variação total dos Y_i explicada pelo modelo, é também bastante baixo. O coeficiente de determinação ajustado $r_a^2 = 15,3\%$, e o erro padrão de uma estimativa de Y – Factor 3 do MBI (despersonalização) com o modelo é de 0,899.

Tabela 174 – Anova para o modelo da despersonalização(b)

Model	Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
1 SSR - Regression	177.097	22	8.050	9.959	.000(a)
SSE - Residual	867.273	1073	.808		
SSTO - Total	1044.371	1095			

a Predictors: (Constant), Pouco tempo para as tarefas, Falta de formação, EVAT - Factor 4: CONSERVADORISMO, Categoria Profissional, Sexo, Lidar com a doença e a morte, EVAT - Factor 2: ABERTURA À MUDANÇA, Relação com o corpo médico, Salário recebido, Relação com os doentes, Políticas de saúde para a enfermagem, Grau de Escolaridade, EVAT - Factor 3: AUTOPROMOÇÃO, Relação com as chefias, Sobrecarga laboral, Apoio ao nível organizacional, Taxa de doentes por enfermeiro, Número de Filhos, Relação com os colegas de profissão, EVAT - Factor 1: AUTOTRASCENDENCIA, Tempo de serviço, Faixa etária

b Dependent Variable: MBI - Factor 3: DESPERSONALIZAÇÃO

Na tabela da Anova apresentam-se os valores de SSR, SSE e SSTO, MSE e MSR. A variância do modelo é de 0,808. Procede-se também ao teste sobre a significância global do modelo:

$$H_0: \beta_1 = \beta_2 = \dots = \beta_8 = 0$$

$$H_1: \exists k (k=1,2,\dots,8): \beta_k \neq 0, \text{ ou seja, nem todos os parâmetros são iguais a zero}$$

Estatística do teste: $F = \frac{MSR}{MSE} = 9.959$

Como a significância do teste é 0,000 = 0,0%, inferior ao valor de referência de 5%, rejeita-se a hipótese nula, ou seja, existe pelo menos um parâmetro do modelo diferente de zero, pelo que o modelo é globalmente significativo.

7.4.4.1. Variáveis que contribuem de forma mais significativa para o modelo

Tabela 175 – Cálculo da significância das variáveis do modelo da despersonalização(a)

Model		Unstandardize d Coefficients	Standardized Coefficients			
		B	Std. Error	Beta	t	Sig.
1	(Constant)	2.338	.305		7.663	.000
	Sexo	-.313	.065	-.136	-4.786	.000
	Número de Filhos	-.058	.043	-.050	-1.353	.176
	Faixa etária	-.107	.050	-.137	-2.122	.034
	Grau de Escolaridade	.042	.044	.028	.948	.343
	Categoria Profissional	-.070	.062	-.049	-1.138	.255
	Tempo de serviço	.126	.044	.181	2.850	.004
	EVAT - Factor 1: AUTOTRASCENDENCIA	-.145	.037	-.139	-3.877	.000
	EVAT - Factor 2: ABERTURA Á MUDANÇA	-.094	.033	-.096	-2.899	.004
	EVAT - Factor 3: AUTOPROMOÇÃO	.175	.032	.177	5.469	.000
	EVAT - Factor 4: CONSERVADORISMO	.164	.041	.125	4.004	.000
	Relação com as chefias	-.002	.009	-.006	-.200	.841
	Sobrecarga laboral	.004	.010	.012	.392	.695
	Lidar com a doença e a morte	.007	.008	.024	.839	.402
	Salário recebido	.004	.008	.014	.477	.634
	Relação com os colegas de profissão	.011	.009	.043	1.237	.216
	Falta de formação	-.007	.009	-.023	-.777	.437
	Relação com o corpo médico	-.014	.009	-.046	-1.493	.136
	Taxa de doentes por enfermeiro	-.022	.010	-.070	-2.194	.028
	Apoio ao nível organizacional	-.016	.010	-.052	-1.637	.102
	Políticas de saúde para a enfermagem	-.004	.009	-.013	-.431	.667
	Relação com os doentes	-.029	.008	-.112	-3.592	.000
	Pouco tempo para as tarefas	.022	.010	.070	2.168	.030

a Dependent Variable: MBI - Factor 3: DESPERSONALIZAÇÃO

Importa verificar quais as variáveis que são significante para o modelo, ou seja, aquelas cujo parâmetro apresenta uma estimativa significativamente diferente de zero.

Procedem-se aos testes de hipóteses sobre β_K :

$$H_0: \beta_K = 0$$

$$H_1: \beta_K \neq 0$$

Estatística do teste:

$$t^* = \frac{b_k}{s(b_k)}, \text{ apresentada na coluna t}$$

A significância do teste (sig.) é comparada com o valor de referência de 5%, rejeita-se a hipótese nula se for inferior a 5% e não se rejeita a hipótese nula se for superior a 5%, ou seja, apenas para as variáveis assinaladas a vermelho se rejeita a hipótese do parâmetro associado ser igual de zero. Assim sendo, apenas estas são significantes para o modelo.

7.4.4.2. Optimização do modelo obtido, removendo as variáveis não significativas

Após o teste de todos os procedimentos disponíveis no SPSS para selecção automática de variáveis relevantes para o modelo, tal como observado anteriormente produziram-se resultados semelhantes. Foi utilizado o método *Stepwise*, conduzindo a um modelo final em que apenas são seleccionadas como variáveis explicativas para o modelo os regressores que são variáveis significantes, sendo todas as restantes variáveis consideradas não significantes.

Deste modo, obteve-se o seguinte modelo de regressão linear:

Tabela 176 – Sumário da optimização do modelo para a despersonalização(j)

Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate	Durbin-Watson
6	.394(i)	.155	.148	.90130	1.599

i Predictors: (Constant), EVAT - Factor 3: AUTOPROMOÇÃO, EVAT - Factor 1: AUTOTRASCENDENCIA, EVAT - Factor 4: CONSERVADORISMO, Sexo, Relação com os doentes, EVAT - Factor 2: ABERTURA Á MUDANÇA, Número de Filhos, Taxa de doentes por enfermeiro, Pouco tempo para as tarefas

j Dependent Variable: MBI - Factor 3: DESPERSONALIZAÇÃO

Para este modelo:

O coeficiente de determinação $r^2 = 15,5\%$, que representa a percentagem ou a proporção da variação total dos Y_i explicada pelo modelo, diminui bastante pouco comparativamente ao primeiro modelo. O coeficiente de determinação ajustado, que permite comparar a qualidade do ajustamento de dois modelos, $r_a^2 = 14,8\%$ aumentou relativamente ao primeiro modelo, pelo que este modelo apresenta melhor qualidade de ajustamento. O erro padrão de uma estimativa de Y – Factor 3 do MBI (despersonalização) efectuada com o modelo é de 0,901.

Tabela 177 – Anova para o modelo optimizado da despersonalização(j)

Model	Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
1 SSR - Regression	162.165	9	18.018	22.181	.000(i)
SSE - Residual	882.206	1086	.812		
SSTO - Total	1044.371	1095			

i Predictors: (Constant), EVAT - Factor 3: AUTOPROMOÇÃO, EVAT - Factor 1: AUTOTRASCENDENCIA, EVAT - Factor 4: CONSERVADORISMO, Sexo, Relação com os doentes, EVAT - Factor 2: ABERTURA Á MUDANÇA, Número de Filhos, Taxa de doentes por enfermeiro, Pouco tempo para as tarefas

j Dependent Variable: MBI - Factor 3: DESPERSONALIZAÇÃO

Na tabela da Anova apresentam-se os valores de SSR, SSE e SSTO, MSE e MSR. A variância do modelo é de 0,812.

Para o Teste sobre a significância global do modelo, como a significância do teste é $0,000 = 0,0\%$, inferior ao valor de referência de 5% , rejeita-se a hipótese nula, ou seja, existe pelo menos um parâmetro do modelo diferente de zero, pelo que o modelo é globalmente significativo.

Tabela 178 – Teste da significância total do modelo optimizado para a despersonalização(a)

Model	Unstandardized Coefficients	Standardized Coefficients		t	Sig.
	B	Std. Error	Beta		
1 (Constant)	2.319	.261		8.869	.000
EVAT - Factor 3: AUTOPROMOÇÃO	.172	.031	.173	5.473	.000
EVAT - Factor 1: AUTOTRASCENDENCIA	-.156	.037	-.150	-4.249	.000
EVAT - Factor 4: CONSERVADORISMO	.166	.040	.127	4.136	.000
Sexo	-.317	.065	-.138	-4.879	.000
Relação com os doentes	-.027	.007	-.102	-3.590	.000
EVAT - Factor 2: ABERTURA Á MUDANÇA	-.084	.032	-.085	-2.626	.009
Número de Filhos	-.060	.032	-.052	-1.844	.065
Taxa de doentes por enfermeiro	-.026	.010	-.082	-2.655	.008
Pouco tempo para as tarefas	.020	.010	.064	2.084	.037

a Dependent Variable: MBI - Factor 3: DESPERSONALIZAÇÃO

Todas as variáveis são significantes para o modelo, ou seja, todas os parâmetros apresentam uma estimativa significativamente diferente de zero.

A significância do teste (sig.) é comparada com o valor de referência de 5%, rejeita-se a hipótese nula se for inferior a 5% e não se rejeita a hipótese nula se for superior a 5%, ou seja, para as variáveis Factor 1, 2, 3 e 4 do EVAT, Sexo, Relação com os doentes, Número de filhos, Taxa de doentes por enfermeiro e Pouco tempo para as tarefas, rejeita-se a hipótese do parâmetro associado ser igual a zero. Assim sendo, todas estas variáveis são significantes para o modelo.

Capítulo 8

CONCLUSÕES

8.1. Conclusão acerca da análise dos dados pessoais, profissionais e stressores

As considerações e inferências que se apresentam relativamente aos resultados e conclusões encontradas no âmbito do cruzamento dos dados pessoais com os profissionais, baseiam-se numa entrevista semi-estruturada realizada com três enfermeiras que participaram no estudo, em que lhes era solicitado que comentassem as relações encontradas entre os dados pessoais e profissionais, com o objectivo de validar o significado das relações encontradas.

A amostra desta investigação é constituída por 1100 profissionais de enfermagem a trabalharem nos Centros de Saúde (n=181) e Hospitais (n=919) de Portugal continental, essencialmente de nacionalidade portuguesa (n=1042), em que se observa um valor percentual de apenas 5% para pessoas com outra nacionalidade (n=58), sendo de salientar ainda a concordância da desproporção dos inquiridos do sexo feminino (n=843) comparativamente com aqueles do sexo masculino (n=257), com a realidade encontrada no âmbito da prestação dos cuidados de saúde ao nível da enfermagem.

O facto da maioria dos indivíduos ter uma idade inferior a trinta anos (n=643), reflecte-se quer ao nível do tempo de serviço - pois que sensivelmente dois terços dos indivíduos que responderam (68,1%) têm menos de 10 anos de tempo de serviço, mais concretamente 511 têm até cinco anos e 238 de seis a dez anos -, quer na maior frequência absoluta das duas primeiras categorias profissionais integradas pelos Enfermeiros (n=603) e pelos Enfermeiros Graduados (n=422), que em conjunto representam 93.3% dos indivíduos inquiridos. Uma vez que o estudo foi divulgado do mesmo modo junto de todos os profissionais de enfermagem, é de salientar o contraste da adesão dos enfermeiros mais novos com a menor participação dos enfermeiros mais velhos, facto que deve ser contextualizado à luz não só dos comentários acerca do desconhecimento das conclusões dos inúmeros estudos que se realizam sobre estes profissionais - de que resultou a promessa de divulgação dos resultados desta investigação em algumas revistas da especialidade e junto daquelas instituições que mais participaram na sua viabilização -, mas também do cansaço acumulado resultante

do facto destes profissionais estarem constantemente a serem avaliados, nomeadamente ao nível do burnout.

No que se refere ao estado civil, em que a tendência para o casamento surge particularmente a partir dos 30 anos de um modo uniforme até à faixa etária de 45 anos, destacam-se os indivíduos solteiros (n=477) e os casados (n=458), que em conjunto representam 85% de uma amostra que maioritariamente se caracteriza por não ter filhos (n=681), existindo apenas uma representatividade de 35,8% com um filho (n=207) e dois filhos (n=185) respectivamente. Relativamente ao número de filhos - para além da distribuição encontrada ser idêntica para ambos os sexos, apesar dos homens evidenciarem uma maior tendência para estarem juntos, divorciados ou separados -, observa-se que este tende a aumentar gradualmente com o avanço da idade, sobretudo nos indivíduos de nacionalidade portuguesa com um estado civil de casado, divorciado e viúvo, respectivamente. Aqueles profissionais que permanecem solteiros ou que vivem em união de facto (juntos), exibem também alguma descendência, particularmente os mais jovens, o que na opinião das enfermeiras inquiridas tem a ver com a diferença de mentalidade resultante de uma educação menos rígida e tradicional.

O grau de escolaridade da amostra – em que predomina a licenciatura (n=799) -, está indexado quer à faixa etária, em que o incremento da idade se repercute globalmente num maior investimento pessoal ao nível das habilitações académicas, quer ao estado civil, uma vez que a licenciatura caracteriza os indivíduos solteiros, separados ou viúvos, e, por outro lado, os graus de escolaridade de mestre e doutor se encontram nos profissionais com mais filhos, essencialmente naqueles do sexo feminino, pelo que se pode inferir que a estabilidade emocional de quem está junto ou casado e tem filhos, contribui para a procura de um enriquecimento curricular ao nível das habilitações.

Face às relações já anteriormente apresentadas, e considerando que a progressão da categoria profissional dos enfermeiros está associada à idade e à escolaridade, não é de estranhar, por um lado, que a categoria de enfermeiro caracterize os indivíduos solteiros e mais novos, que os enfermeiros especialistas sejam casados e tenham mais filhos, e que os enfermeiros chefe, supervisor e director, caracterizem aqueles profissionais mais velhos que respectivamente enviuvaram, se separaram ou

divorciaram, e, por outro lado, que os enfermeiros especialistas sejam aqueles com maior grau de escolaridade.

Dos 1100 indivíduos inquiridos, 114 já concluíram a sua especialidade, muito embora nem todos tenham já esse reconhecimento ao nível da categoria profissional de enfermeiro-especialista, circunstância que na opinião destes profissionais tem a ver com a maior remuneração implícita nesta progressão e com as restrições financeiras ao nível da gestão dos serviços de saúde. A sub-amostra constituída pelos enfermeiros-especialistas, representa 10.5% do total de sujeitos e distribui-se respectivamente pelas especialidades Médico Cirúrgica (n=41, 36.0%), Enfermagem Comunitária (n=23, 20.2%), Reabilitação (n=17, 14.9%), Saúde Mental e Psiquiátrica (n=15, 13.2%), Saúde Materna e Obstetrícia (n=10, 8.8%), e Saúde Infantil e Pediatria (n=8, 7.0%). Para as enfermeiras entrevistadas, esta distribuição tem basicamente a ver com o facto seja da especialidade médico-cirúrgica ser aquela com uma maior solicitação e abrangência de serviços possíveis, seja com as consequências do maior envelhecimento da população e menor natalidade ao nível de uma maior procura na área da reabilitação e de uma menor procura das especialidades de Saúde Materna e Obstetrícia e de Saúde Infantil e Pediátrica. A maior expressão da enfermagem comunitária, parece ter a ver com a maior proximidade dos serviços de saúde com a população que cuida.

Por último, levando ainda em linha de conta as considerações tecidas pelas três enfermeiras entrevistadas face à distribuição dos enfermeiros inquiridos pelos diferentes serviços hospitalares (Medicina, n=306, 33.3%; Urgência, n=119, 12.9%; Psiquiatria, n=93, 10.1%, Cirurgia, n=92, 10.0%; Neonatologia, n=73, 8.0%; Ortopedia, n=55, 6.0%; Infectocontagiosas, n=42, 4.6%; Fisiatria, n=39, 4.2%; Otorrino, n=34, 3.7%; Diálise, n=20, 2.2%; Pediatria, n=20, 2.2%; Cuidados Intensivos, n=15, 1.6%; Obstetrícia, n=5, 0.5%; Oncologia, n=4, 0.4%, Cardiologia, n=2, 0.2%), é de salientar que ao ao nível da saúde, a população portuguesa se caracteriza não só por uma grande necessidade de cuidados médicos e cirúrgicos de carácter genérico que têm a ver sobretudo com o seu envelhecimento, e de carácter específico por que é menos informada e mais propensa para acidentes, como também, por uma menor natalidade - que deve ser repensada para além dos actuais constrangimentos económicos -, e por uma maior propensão para problemas psíquicos (particularmente a depressão) e físicos (oncológicos e de coração).

Do conjunto de stressores apresentado, aqueles que têm mais importância para os profissionais de enfermagem são respectivamente a sobrecarga laboral, políticas de saúde para a enfermagem, taxa de doentes por enfermeiro, lidar com a doença e com a morte, salário recebido, relação com os doentes, apoio ao nível organizacional, falta de formação, relação com o corpo médico, relação com os colegas de profissão e relação com as chefias.

De acordo com os profissionais de enfermagem que foram inquiridos e que teceram alguns comentários relativamente aos stressores, de natureza verbal ou assinalados nos próprios questionários a que responderam, que se estimam em cerca de 100, interessa referir que os stressores questionados foram objecto das seguintes considerações:

- o stressor sobrecarga laboral e o stressor taxa de doentes por enfermeiro estão directamente associados ao stressor políticas de saúde para a enfermagem;
- o stressor lidar com a doença e com a morte poderia ser minimizado se existisse alguma preocupação em providenciar estratégias ou formação específicas para esta circunstância;
- o stressor salário recebido leva a que muitas das enfermeiras estejam a prestar cuidados de saúde em mais do que uma instituição e, consequentemente, pelo cansaço acrescido, possam prestar cuidados de menor qualidade;
- o stressor relação com os doentes tem a ver com a dificuldade de gerir a fragilidade psíquica de quem se vê doente, e com a preocupação e alteração da dinâmica familiar;
- o stressor apoio ao nível organizacional, está associado com a gestão, seja ao nível da enfermagem (enfermeiro-chefe, enfermeiro-supervisor e enfermeiro-director), pela dificuldade em gerir e actuar junto dos restantes profissionais

de enfermagem as ordens que emanam da hierarquia instituída – raramente condizentes com a ética preconizada para a enfermagem -, seja aos níveis tático e estratégico de uma organização, pois que as nomeações para os cargos mais elevados das instituições de saúde decorrem de filiações ou interesses partidários, que assim tendem a perpetuar um modelo cada vez mais economicista e centrado na minimização dos custos dos recursos materiais e humanos;

- o stressor falta de formação tem a ver com a dificuldade em articular a necessidade que os profissionais de enfermagem sentem em se actualizarem permanentemente para prestarem cuidados de saúde de um modo mais eficiente, com o interesse superiormente reconhecido neste processo de formação contínuo;
- o stressor relação com o corpo médico prende-se com a dependência que muitos dos profissionais de enfermagem sentem face ao exercício clínico da medicina, que assim alimenta uma relação de subserviência prejudicial para os cuidados que prestam;
- o stressor relação com os colegas de profissão, parece estar associado ao menor empenho, profissionalismo e vocação de alguns destes profissionais, que assim geram sistematicamente conflitos com todos os outros;
- o stressor relação com as chefias tem a ver com o desinteresse pela boa prática de enfermagem que parece advir da progressão na carreira, em que se “esquece” o que é estar a trabalhar junto dos doentes e familiares.

A este propósito, as três enfermeiras que foram formalmente entrevistadas, referiram ainda quer a dificuldade em actuar um modelo holístico e humanista associado ao cuidar em enfermagem, com a especificidade de cada pessoa dentro do limite estimado de 15 minutos por doente, quer a não contagem do tempo que dispendem a passar a informação necessária para o turno seguinte, quer a dificuldade em actualizar a base de dados actualmente vigente ao nível dos cuidados de saúde prestados em enfermagem.

8.2. Conclusão acerca da validação do EVAT30 e do MBI

Os quadros seguintes resumem por cada dimensão ou factor do EVAT30 e do MBI, sejam as estatísticas mais elementares (Média, Desvio Padrão, Coeficiente de Variação, Mínimo e Máximo), seja o método de extracção de factores através da análise das componentes principais (total dos valores próprios, variância simples e variância acumulada), seja ainda a fiabilidade ou consistência pelo cálculo do Alpha de Cronbach.

Tabela 179 – Resumo das estatísticas do EVAT30

	Estatísticas mais Elementares					ANÁLISE DAS COMPONENTES PRINCIPAIS			Alpha
Component						Initial Eigenvalues			
	Méd	DP	CV	Min	Máx	Total	Var	Σ Var	
Factor 1: AUTOTRASCENDENCIA	5.25	0.94	18%	2.0	7.0	4.267	19.396	19.396	0,748
Factor 2: ABERTURA À MUDANÇA	4.74	1.00	21%	1.4	7.0	2.639	11.994	31.390	0,736
Factor 3: AUTOPROMOÇÃO	2.36	0.99	42%	1.0	6.8	1.798	8.170	39.560	0,695
Factor 4: CONSERVADORISMO	3.70	0.75	20%	1.6	5.9	1.030	4.680	44.240	0,513

No que diz respeito à Escala de Valores para o Trabalho (EVAT30), é de referir o facto de que esta ficou reduzida a 22 itens, uma vez que a análise factorial realizada sobre as 30 variáveis originais do EVAT30 e a consequente incompatibilidade com o enquadramento teórico em dez factores, levou ao estudo de agrupamentos mais adequados suportados pela matriz rodada pelo método Promax e pelo cálculo do “multidimensional scaling”, de que resultou um agrupamento de 22 variáveis em quatro factores sustentada no valor MMA=0,856, no valor da significância do Teste da Esfericidade de Bartlett inferior a 5% (sig= .000), e na explicação de 44,240% da variação total credibilizada pela análise da fiabilidade de cada um dos factores.

Considerando apenas os itens que foram validados e a grandeza das correlações obtidas, os quatro factores ou valores de ordem superior devem ser compreendidos de acordo com as definições que se apresentam e que serão utilizadas para a explicação dos modelos de correlações finais que resumem as relações positivas e negativas mais significativas:

- AUTOTRASCENDÊNCIA. Defesa de um tratamento justo e igual na concessão de oportunidades (23), conquista da confiança das pessoas com que se trabalha através da lealdade e honestidade (15), preocupação com o bem-estar daqueles com que se trabalha (5), desenvolvimento de um comportamento de lealdade para com a entidade empregadora (25), valorização do progresso do país e do bem estar geral de toda a gente (13), e ajuda desinteressada dos empregados (3);
- ABERTURA À MUDANÇA. Gosta de desafios no seu trabalho e prefere sempre o que é novo e desconhecido (29), procura novas actividades ou projectos que quebrem a monotonia e diversifiquem o trabalho realizado (9), tem interesse em actualizar-se pela leitura ou assistindo a cursos por forma a tornar-se mais eficiente (21), é muito activo e contagia energia só vê-lo (19), está sempre inquieto e à procura de novas formas de aperfeiçoar e realizar o seu trabalho de um modo mais eficaz (11);
- AUTOPROMOÇÃO. Procura sobressair e ter êxito frente aos demais (6), preocupa-se em manter uma imagem de superioridade perante os demais (14), gosta de dirigir as pessoas e que estas façam o que quer (4) e interessa-se ainda por adquirir e acumular bens ou serviços caros (24);
- CONSERVADORISMO. É metódico, não gosta de tentar novas formas de fazer as coisas, prefere o que sempre funcionou (27), segue sempre as regras e os procedimentos no seu trabalho como se fosse um relógio (10), nunca perde o controlo sobre os seus impulsos (20), não gosta de fazer coisas que os outros não façam, guia-se sempre pelo que os outros fazem (7) e caracteriza-se também um pouco por ser um empregado cuja principal preocupação é ter dinheiro para cobrir os seus gastos e os da sua família (2), que num trabalho valoriza a sua integridade física e o não prejudicar a sua saúde (12), e que considera importante respeitar os costumes e as tradições que se seguem no seu trabalho (17).

Tabela 180 – Resumo das estatísticas do MBI

	Estatísticas mais Elementares					ANÁLISE DAS COMPONENTES PRINCIPAIS			Alpha
Component						Initial Eigenvalues			
	Méd	DP	CV	Mín	Máx	Total	Var	Σ Var	
Factor 1: Cansaço Emocional	2.03	1.04	51%	0.0	5.8	5.225	23.749	23.749	0,831
Factor 2: Realização Pessoal	4.59	0.94	21%	0.6	6.0	3.077	13.988	37.737	0,807
Factor 3: Despersonalização	1.26	0.98	78%	0.0	5.3	1.691	7.686	45.423	0,716

Já no que se refere ao Inventário de Burnout de Maslach (MBI) - cuja validação manteve os mesmos procedimentos usados para o EVAT30 -, apesar da análise factorial apontar para quatro factores, considerando quer o facto destes explicarem apenas 50,329% da variância total das 22 variáveis, quer a distribuição dos itens do cansaço emocional em dois factores, optou-se por manter a estrutura factorial preconizada na literatura.

8.3. Resumo das hipóteses da investigação

Todas as relações encontradas no decurso do estudo das diferentes hipóteses formuladas, tenham ou não sido hipotetizadas, foram objecto de uma esquematização na forma de modelos com a significância dos valores encontrados, em que assentam alguns modelos síntese e interpretações do capítulo final.

Para o cruzamento de variáveis quantitativas que não seguem uma distribuição normal, em vez do coeficiente de correlação de Pearson R utilizou-se o teste não paramétrico de Spearman para o cálculo dos coeficientes de correlação entre as variáveis, - pois que não é sensível a assimetrias de distribuição e não exige a normalidade da distribuição dos dados -, tendo sido nestes valores que se basearam os modelos síntese apresentados no final.

Para a realização do cruzamento entre uma variável qualitativa e variáveis quantitativas, dada a inviabilidade de se utilizar o teste de hipóteses ANOVA, enquanto extensão do teste t de Student, pelo não cumprimento do pressuposto da normalidade da distribuição, para variáveis com duas classes utilizou-se o teste de Mann-Whitney.

Para variáveis com mais do que duas classes, aplicou-se o teste não paramétrico equivalente, o teste de Kruskal-Wallis, que testa a igualdade das medianas para todos os grupos, tendo sido com base nestes testes que se desenvolveram os modelos dos valores de prova apresentados, que vêm na continuidade dos modelos de correlações construídos para o cruzamento de variáveis quantitativas.

8.3.1. Resumo do estudo das hipóteses entre o EVAT30 e o MBI: (H01)

A tabela seguinte assinala a negrito as correlações em que se baseou o estudo das hipóteses formuladas no sentido de compreender as relações existentes entre os quatro valores de ordem superior do EVAT30 e os três factores do MBI, mostrando ainda todas as outras correlações encontradas no seu estudo.

Relativamente às hipóteses, conclui-se que o cansaço emocional e a despersonalização se tendem a elevar perante um maior conservadorismo e a diminuir face a uma menor abertura à mudança e autotranscendência.

Tabela 181 – Resultado das hipóteses que relacionam os valores (EVAT30) com o burnout (MBI): H01

		Variáveis independentes	Variáveis dependentes		
H01	Confirmada parcialmente	Valores EVAT30	Burnout MBI		
			Spearman		
			CE	RP	DP
H01a	Parcialmente confirmada	Conservadorismo	.084(**)		.156(**)
H01b	Confirmada	Abertura à Mudança	-.113(**)	.327(**)	-.131(**)
H01c	Confirmada	Autotranscendência	-.101(**)	.365(**)	-.204(**)
H01d	Não Confirmada	Autopromoção	.142(**)	-.179(**)	.262(**)

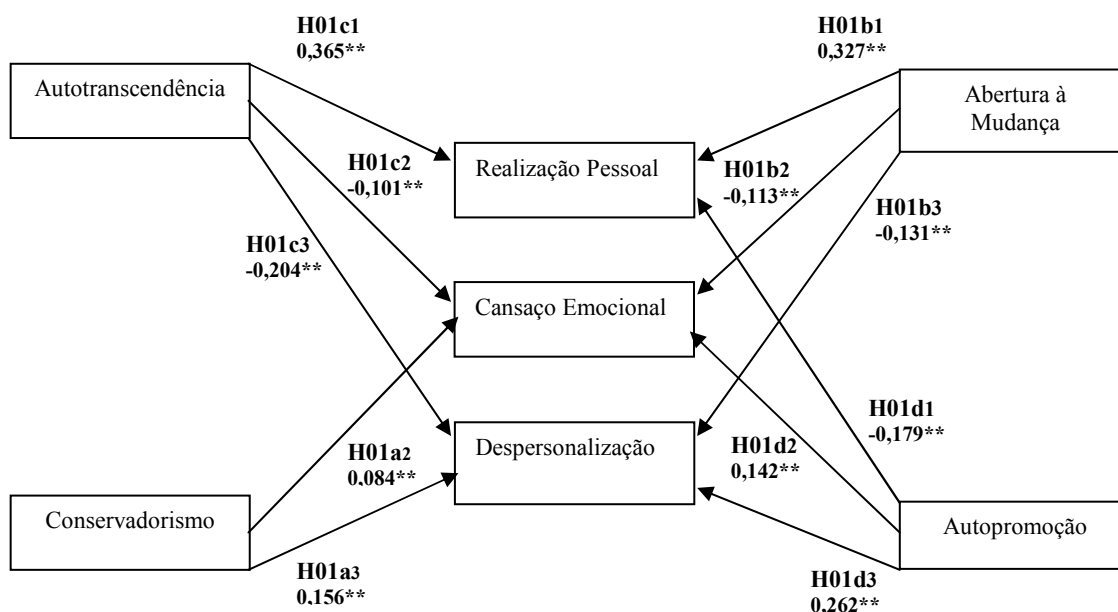
Nota: ** correlação significativa para um nível de significância de 0.01

* correlação significativa para um nível de significância de 0.05

CE: Cansaço Emocional; RP: Realização Pessoal; DP: Despersonalização

As outras relações que constam da tabela e se podem observar no modelo de correlações seguinte, revelam ainda que o cansaço emocional e a despersonalização se relacionam positiva e significativamente com a autopromoção, e que a realização pessoal se tende a elevar face aos valores de autotranscendência e abertura à mudança, e a diminuir com uma maior orientação para a autopromoção.

Figura 49 – Modelo de correlações entre os valores (EVAT30) e o burnout (MBI): H01



8.3.2. Resumo do estudo das hipóteses entre os dados profissionais e o MBI: (H02)

Embora apenas uma das hipóteses estabelecidas entre os dados profissionais (categoria profissional, especialidade e anos de serviço) e o burnout avaliado pelo MBI, tenha sido confirmada - a hipótese h02c -, são de referir cinco relações encontradas no seu estudo, conforme se pode observar na tabela apresentada.

Tabela 182 – Resultado das hipóteses que relacionam os dados profissionais com o burnout (MBI): H02

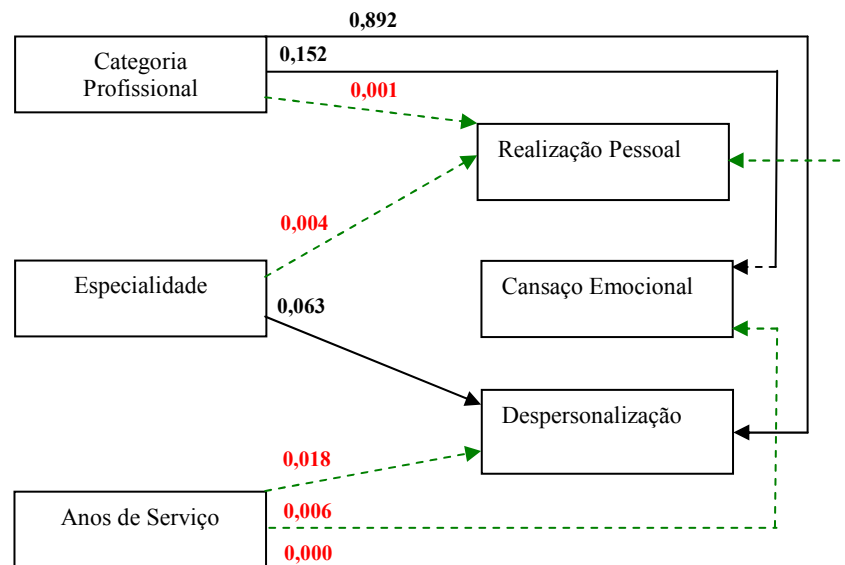
		Variáveis independentes	Variáveis dependentes		
H02	Confirmada parcialmente	Dados Profissionais	Burnout MBI		
			Kruskall-Wallis		
			CE	RP	DP
H02a	Não Confirmada	Categoria Profissional	.152	.001	.892
H02b	Não Confirmada	Especialidade		.004	.063
H02c	Confirmada	Anos de Serviço	.006	.000	.018

Nota: Os valores apresentados representam o valor de prova para cada relação
CE: Cansaço Emocional; RP: Realização Pessoal; DP: Despersonalização

Do estudo das hipóteses formuladas, infere-se que a categoria profissional de enfermeiro não é aquela que apresenta um maior cansaço emocional, que a especialidade de saúde mental e psiquiatria não é a que tem uma maior

despersonalização, e que os profissionais com menos de 2 anos de tempo de serviço são efectivamente os mais realizados pessoalmente.

Figura 50 – Modelo dos valores de prova entre os dados profissionais e o burnout (MBI): H02



Quanto ao modelo construído com base também nos outros valores de prova encontrados, para além das relações já hipotetizadas, constata-se ainda que o cansaço emocional se relaciona com os anos de serviço, a realização pessoal se associa com a categoria profissional, a especialidade e os anos de serviço, e que a despersonalização está relacionada com os anos de serviço.

8.3.3. Resumo do estudo das hipóteses entre os dados pessoais e o MBI: (H03)

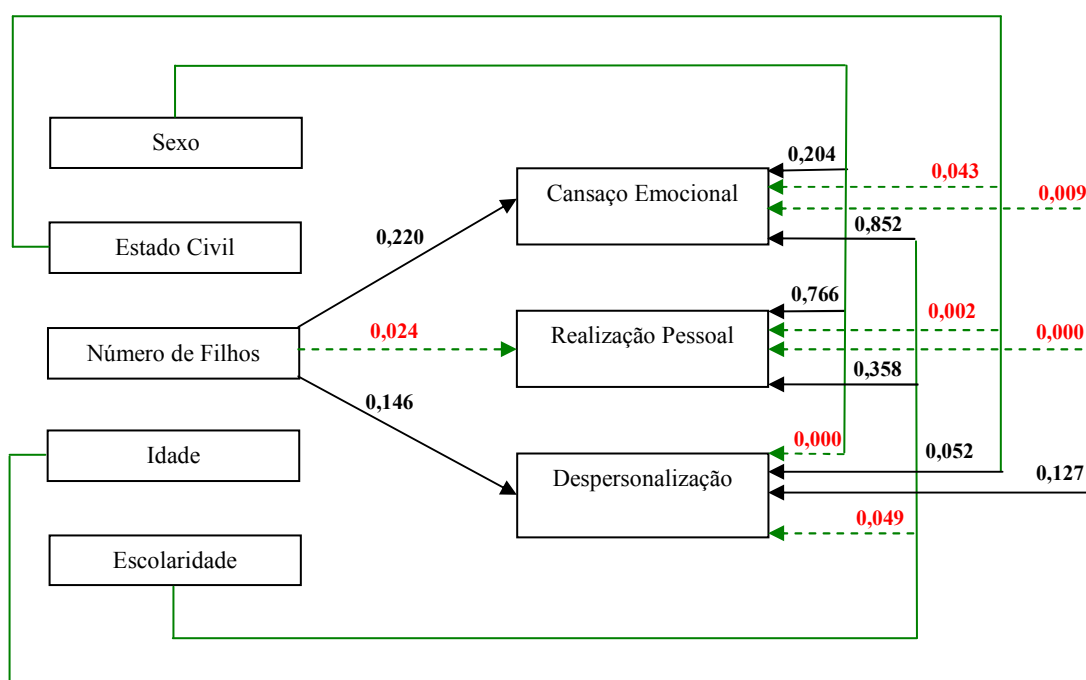
Do estudo das cinco sub-hipóteses formuladas entre os dados profissionais e os factores do MBI, confirmam-se apenas as relações que se referem ao sexo e à idade, de que resulta que os profissionais do sexo masculino evidenciam uma maior despersonalização do que aqueles do sexo feminino, que os estados civis de casado ou junto não apresentam um menor burnout, que um maior número de filhos não se reflecte num maior cansaço emocional, que os profissionais até à idade de 25 anos são efectivamente aqueles com uma maior realização pessoal, e que uma maior escolaridade não se traduz numa maior realização pessoal.

Tabela 183 – Resultado das hipóteses que relacionam os dados pessoais com o burnout (MBI): H03

H03	Confirmada parcialmente	Variáveis independentes	Variáveis dependentes		
		Dados Pessoais	Burnout MBI		
			Mann-Whitney / Kruskal-Wallis		
			CE	RP	DP
H03a	Confirmada	Sexo (teste M-W)	.204	.766	.000
H03b	Parcialmente Confirmada	Estado Civil	.043	.002	.052
H03c	Não Confirmada	Número de Filhos	.220	.024	.146
H03d	Confirmada	Idade	.009	.000	.127
H03e	Não confirmada	Escolaridade	.852	.358	.049

Nota: Os valores apresentados representam o valor de prova para cada relação
CE: Cansaço Emocional; RP: Realização Pessoal; DP: Despersonalização

Figura 51 – Modelo dos valores de prova entre os dados pessoais e o burnout (MBI): H03



Tendo também como referência os outros valores de prova obtidos no decurso do estudo das hipóteses anteriormente referidas, elaborou-se o modelo anterior, em que se pode ainda observar que o cansaço emocional se relaciona com o estado civil e com a idade, que a realização pessoal varia em função do estado civil, idade e número de filhos, e que a despersonalização está associada ao sexo e à escolaridade.

8.3.4. Resumo do estudo das hipóteses entre os dados profissionais e os stressores: (H04)

As três hipóteses formuladas para a compreensão da relação entre cada uma das variáveis profissionais com o conjunto de stressores, não se confirmam - apesar de existir uma confirmação parcial no que respeita à relação do tempo de serviço com cinco dos doze stressores apresentados -, pelo que se pode afirmar que as diferentes categorias profissionais não apresentam diferentes hierarquias de stressores, que as várias especialidades não têm distintas hierarquias de stressores, e que os diferentes períodos de tempo de serviço têm apenas algumas hierarquias de stressores diferentes.

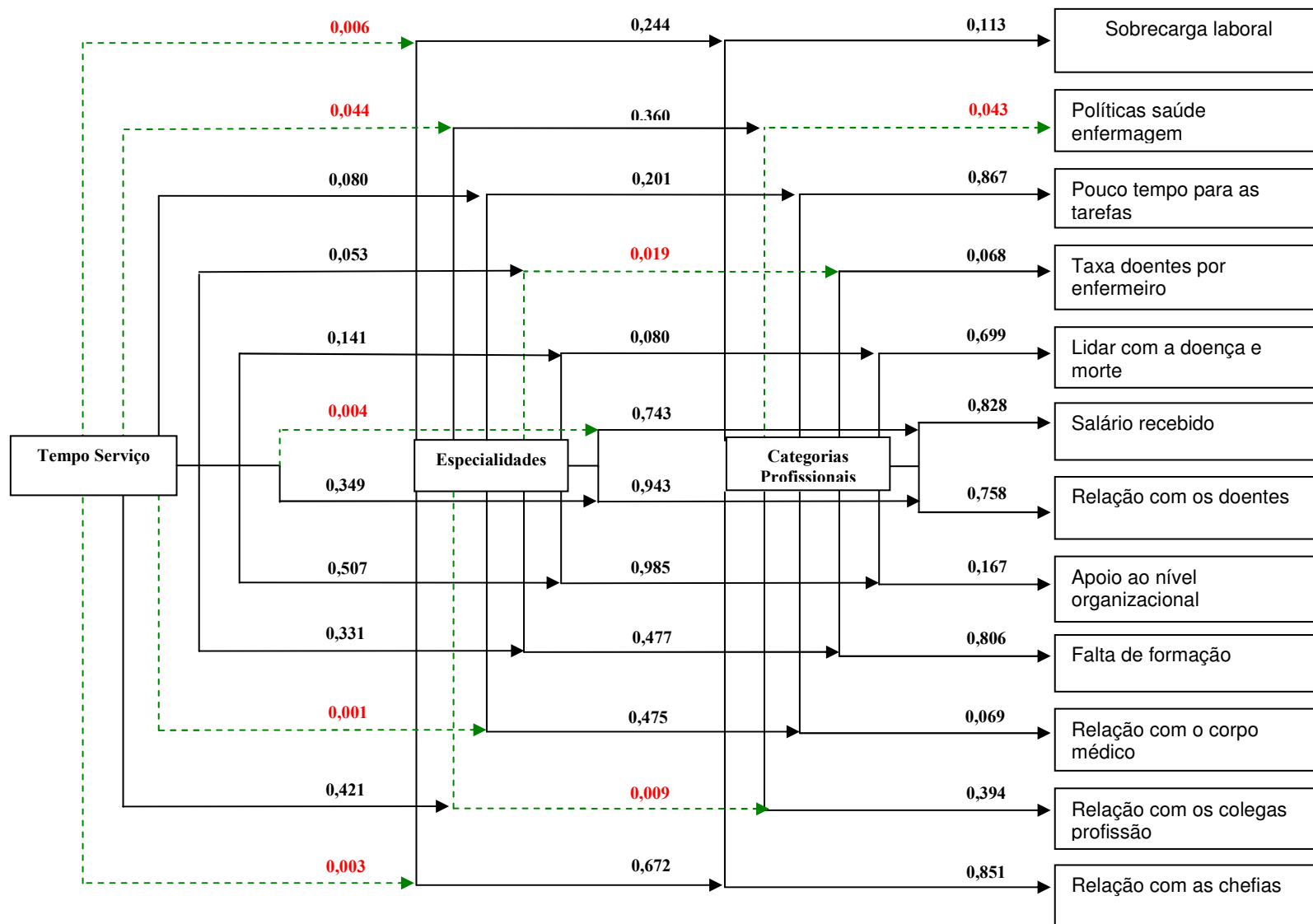
Tabela 184 – Resultado das hipóteses que relacionam os dados profissionais com os stressores: (H04)

		Var indep	Variáveis dependentes												
H04	Não Confirmada	Dados Profissionais	Stressores												
			Mann-Whitney, Kruskal-Wallis												
			Relação Chefias	Carga Laboral	Doença e Morte	Salário	Relação Colegas	Falta formação	Relação Médico	Taxa Doentes	Apoio Organiz	Políticas Saúde	Relação Doentes	Tempo Tarefas	
H04a	Não Confirmada	Categoria Profissional	.851	.113	.699	.828	.395	.806	.069	.068	.167	.043	.758	.867	
H04b	Não Confirmada	Especialidade	.672	.244	.080	.743	.009	.477	.475	.019	.985	.360	.059	.051	
H04c	Parcialmente Confirmada	Tempo de Serviço	.003	.006	.141	.004	.421	.331	.001	.053	.507	.044	.349	.080	

Nota: Os valores apresentados representam a o valor de prova para cada relação

Os valores de prova encontrados no estudo das três relações hipotetizadas, estão representados esquematicamente no modelo seguinte, com base no qual se podem observar as seguintes associações estatísticas com cada um dos stressores: stressor sobrecarga laboral com o tempo de serviço; stressor políticas de saúde para a enfermagem com o tempo de serviço e a categoria profissional; stressor pouco tempo para as tarefas com nenhuma das variáveis dos dados profissionais; stressor taxa de doentes por enfermeiro com a especialidade; stressor lidar com a doença e a morte com nenhuma das variáveis profissionais; stressor salário recebido com o tempo de serviço; stressor relação com os doentes com nenhuma das variáveis; stressor apoio ao nível organizacional com nenhuma das variáveis; stressor falta de formação com nenhuma das variáveis; stressor relação com o corpo médico com o tempo de serviço; stressor relação com os colegas de profissão com nenhuma das variáveis; stressor relação com as chefias com o tempo de serviço.

Figura 52 – Modelo dos valores de prova entre os dados profissionais e os stressores: H04



8.3.5. Resumo do estudo das hipóteses entre os dados pessoais e os stressores: (H05)

Uma vez que das cinco hipóteses estabelecidas entre os dados pessoais e os stressores se confirmam três, pode afirmar-se que esta relação é apenas parcialmente confirmada. Do estudo das hipóteses, resulta que os homens não têm uma hierarquia de stressores diferente das mulheres, que os diferentes estados civis revelam diferentes hierarquias de stressores, que aqueles profissionais que não têm nenhum filho apresentam uma hierarquia de stressores que não é diferente daqueles com filhos, que as várias faixas etárias evidenciam diferentes hierarquizações dos stressores e, por último, que cada um dos níveis de escolaridade tem uma hierarquia de stressores distinta.

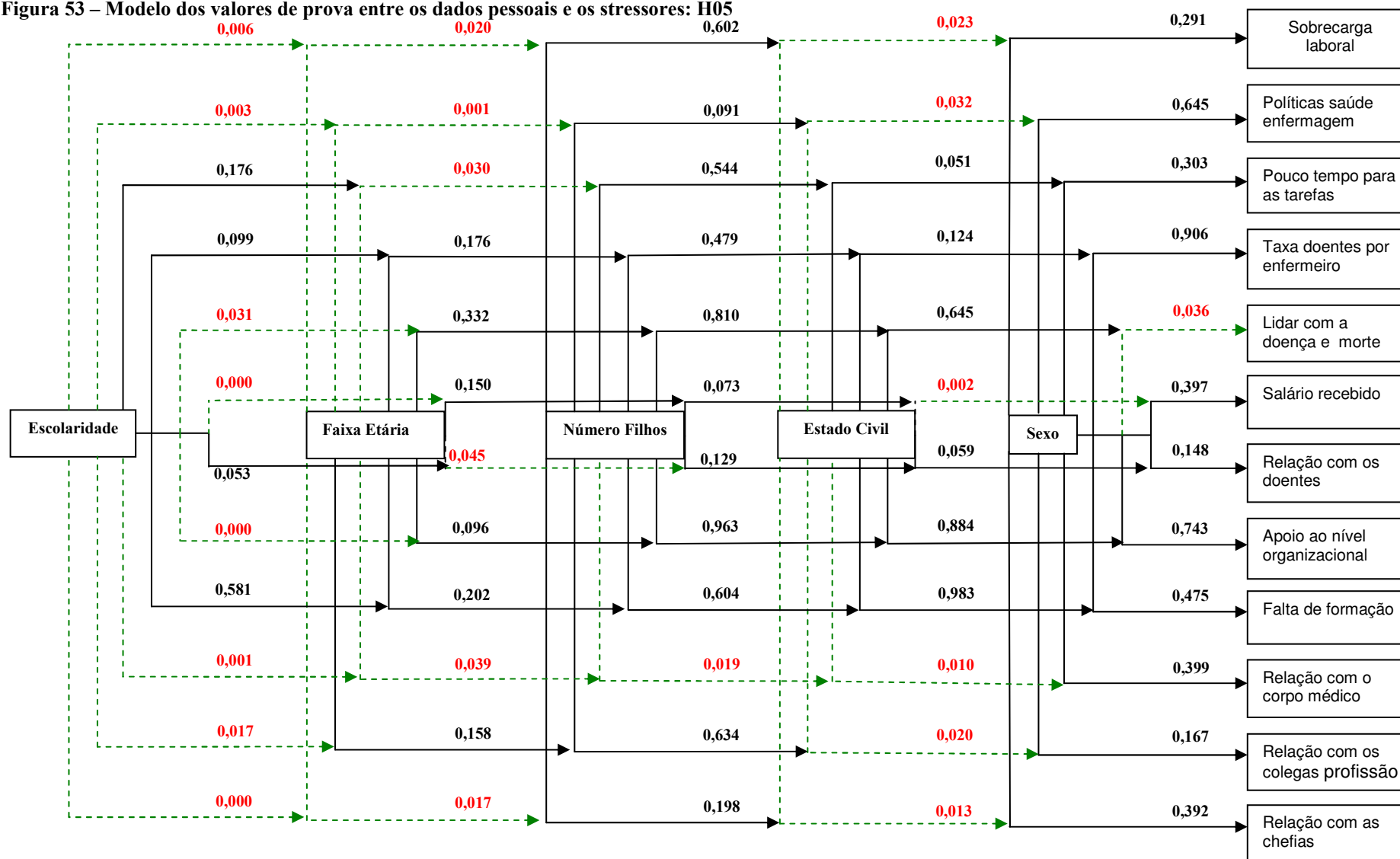
Tabela 185 – Resultado das hipóteses que relacionam os dados pessoais com os stressores: (H05)

		Var indep	Variáveis dependentes											
H05	Confirmada parcialmente	Dados Pessoais	Stressores											
			Mann-Whitney, Kruskal-Wallis											
			Relação Chefias	Carga Laboral	Doença e Morte	Salário	Relação Colegas	Falta formação	Relação Médico	Taxa Doentes	Apoio Organiz	Políticas Saúde	Relação Doentes	Tempo Tarefas
H05a	Não Confirmada	Sexo	.392	.291	.036	.397	.167	.475	.399	.906	.743	.645	.148	.303
H05b	Confirmada	Estado Civil	.013	.023	.645	.002	.020	.983	.010	.124	.884	.032	.059	.051
H05c	Não Confirmada	Número de Filhos	.198	.602	.810	.073	.634	.604	.019	.479	.963	.091	.129	.544
H05d	Confirmada	Idade	.017	.020	.332	.150	.158	.202	.039	.176	.096	.001	.045	.030
H05e	Confirmada	Escolaridade	.000	.006	.031	.000	.017	.581	.001	.099	.000	.003	.053	.176

Nota: Os valores apresentados representam a o valor de prova para cada relação

No modelo construído, observam-se as seguintes relações estatísticas: sobrecarga laboral com a escolaridade, faixa etária e estado civil; políticas de saúde para a enfermagem com a escolaridade, faixa etária e estado civil; pouco tempo para as tarefas com a faixa etária; taxa de doentes por enfermeiro com nenhuma das variáveis dos dados pessoais; lidar com a doença e a morte, com a escolaridade e o sexo; salário recebido com a escolaridade e o estado civil; relação com os doentes, com a faixa etária; apoio ao nível organizacional com a escolaridade; falta de formação com nenhuma das variáveis dos dados pessoais; relação com o corpo médico, com a escolaridade, a faixa etária, o número de filhos e o estado civil; relação com os colegas de profissão, com a escolaridade e o estado civil; relação com as chefias, com a escolaridade, a faixa etária e o estado civil.

Figura 53 – Modelo dos valores de prova entre os dados pessoais e os stressores: H05



8.3.6. Resumo do estudo das hipóteses entre os dados profissionais e os valores (EVAT30): (H06)

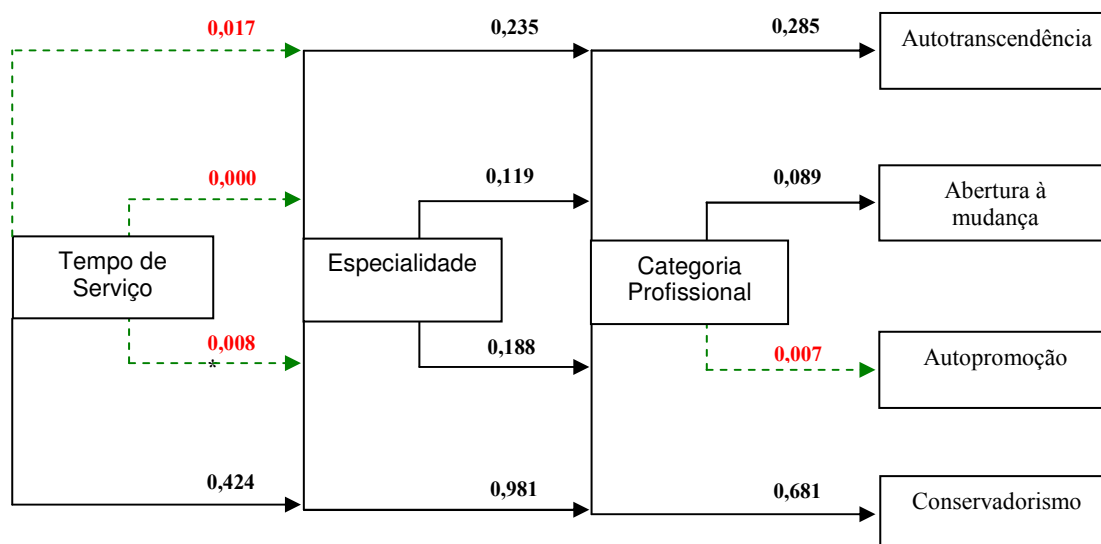
No que respeita às relações hipotetizadas entre os dados profissionais e os valores para o trabalho do EVAT30, verifica-se que a autopromoção aumenta com a progressão da categoria profissional dos enfermeiros, que a especialidade de psiquiatria não é aquela que tem uma maior autotranscendência, e que a abertura à mudança se torna menor com o aumento do tempo de serviço.

Tabela 186 – Resultado das hipóteses que relacionam os dados profissionais com os valores (EVAT30): H06

		Variáveis independentes	Variáveis dependentes			
H06	Confirmada parcialmente	Dados Profissionais	Valores EVAT30			
			Kruskall-Wallis			
			Auto transcendência	Abertura à Mudança	Auto promoção	Conservadorismo
H06a	Confirmada	Categoria Profissional	.285	.089	.007	.681
H06b	Não Confirmada	Especialidade	.235	.119	.188	.981
H06c	Confirmada	Anos de Serviço	.017	.000	.008	.424

Nota: Os valores apresentados representam a o valor de prova para cada relação

Figura 54 – Modelo dos valores de prova entre os dados profissionais e os valores (EVAT30): H06



A tabela anterior, mostra todos os valores de prova que foram encontradas na investigação das hipóteses formuladas e que contribuíram para o desenvolvimento do

modelo também apresentado anteriormente, em que para além das relações encontradas no decurso do estudo das hipóteses, se destacam ainda quer as associações estatísticas do tempo de serviço com a autotranscendência, a abertura à mudança e a autopromoção, quer a relação entre a autopromoção e a progressão de categoria profissional.

8.3.7. Resumo do estudo das hipóteses entre os dados pessoais e os valores (EVAT30): (H07)

Com base no estudo das hipóteses levantadas para a compreensão da relação das variáveis que integram os dados pessoais com os quatro valores de ordem superior do EVAT30, confirma-se que os profissionais de enfermagem do sexo masculino evidenciam uma maior autopromoção e que os do sexo feminino não denotam uma maior autotranscendência como era esperado, que o conservadorismo não aumenta proporcionalmente com o número de filhos (pois que esta é apenas uma tendência sem expressão estatística significativa), que a abertura à mudança decresce com a idade até à faixa etária de mais de 45 anos (idade em que volta a aumentar), e que a autopromoção aumenta gradualmente com o grau de escolaridade (à excepção do bacharelato). Não foi formulada qualquer hipótese relativamente ao estado civil.

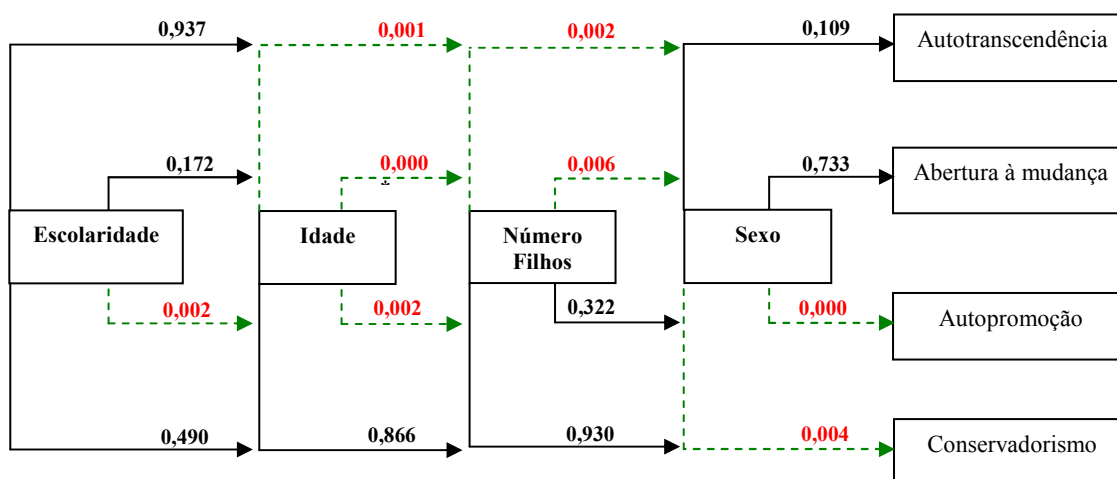
Tabela 187 – Resultado das hipóteses que relacionam os dados pessoais com os valores (EVAT30): H07

H07	Confirmada Parcialmente	Variáveis independentes	Variáveis dependentes			
		Dados Pessoais	Valores EVAT30			
			Mann-Whitney / Kruskal-Wallis			
			Auto transcendência	Abertura à Mudança	Auto promoção	Conservadorismo
H07a	Confirmada	Sexo	.109	.733	.000	.004
H07b	Não Confirmada	Sexo				
H07c	Não Confirmada	Número de Filhos	.002	.006	.322	.930
H07d	Parcialmente Confirmada	Idade	.001	.000	.002	.866
H07e	Parcialmente Confirmada	Escolaridade	.937	.172	.002	.490

Nota: Os valores apresentados representam a o valor de prova para cada relação

O modelo que se apresenta a seguir, destaca esquematicamente os valores de prova obtidos no decorrer do estudo das hipóteses anteriormente referidas e reflecte todas as diferentes relações encontradas, podendo-se ainda complementarmente observar que o sexo se relaciona também com o conservadorismo (nomeadamente que os profissionais do sexo masculino são mais conservadores), que a autotranscendência aumenta com o número de filhos (com excepção daqueles que não têm nenhum filho) e com as idades extremas (< 25 anos e > 45 anos), que a abertura à mudança é maior para quem não tem nenhum filho ou tem mais de dois filhos, e se torna menor com o aumento da idade (com excepção dos profissionais com mais de 45 anos).

Figura 55 – Modelo dos valores de prova entre os dados pessoais e os valores (EVAT30): H07



8.3.8. Resumo do estudo da hipótese entre os valores (EVAT30) e os stressores: (H08)

Na análise das relações entre os quatro factores do EVAT30 - que configuram os quatro valores de ordem superior que constam da tabela apresentada -, com os doze stressores, constata-se que ao contrário do que se esperava, não se pode afirmar que aos quatro valores do EVAT30 correspondam diferentes hierarquias do conjunto de stressores apresentado, porque não existe uma relação de cada um destes valores com todos os stressores.

Contudo, são distintas as correlações encontradas entre cada um dos valores do EVAT30 (autotranscendência, abertura à mudança, autopromoção e conservadorismo) com alguns dos stressores investigados quanto à sua intensidade.

O modelo de correlações que se apresenta na figura 56, baseia-se nos valores que constam da tabela 188.

Figura 56 – Modelo de correlações entre os valores (EVAT30) e os stressores: H08

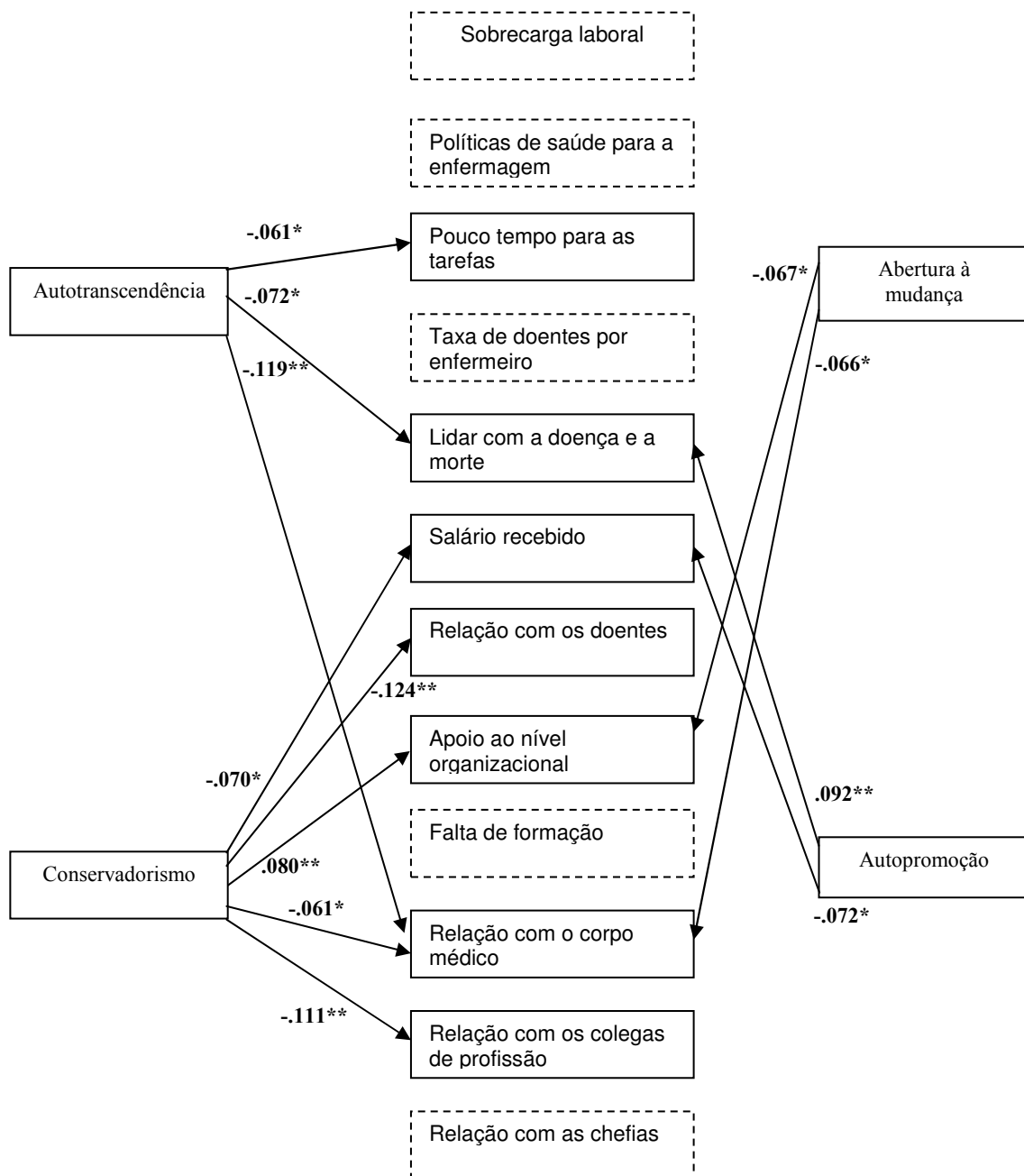


Tabela 188 – Resultado da hipótese que relaciona os valores (EVAT30) com os stressores: H08

	Var independente	Variáveis dependentes											
H08	Valores	Stressores											
Não Confirmada		Spearman											
		Relação Chefias	Carga Laboral	Doença e Morte	Salário	Relação Colegas	Falta formação	Relação Médico	Taxa Doentes	Apoio Organiz	Políticas Saúde	Relação Doentes	Tempo Tarefas
	AUTOTRASCENDÊNCIA			-.072*				-.119**					-.061*
	ABERTURA À MUDANÇA							-.066*		-.067*			
	AUTOPROMOÇÃO			.092**	-.072*								
	CONSERVADORISMO				-.070*	-.111**		-.061*		.080**		-.124**	

** Correlação significativa para um nível de significância de 0.01.

* Correlação significativa para um nível de significância de 0.05.

Constata-se ainda que: a autotranscendência se relaciona negativamente com os stressores relação com o corpo médico, lidar com a doença e a morte, e pouco tempo para as tarefas; a abertura à mudança se associa negativamente com o apoio ao nível organizacional e relação com o corpo médico; a autopromoção relaciona-se positivamente com o stressor lidar com a doença e morte, e negativamente com o salário; o conservadorismo se associa negativamente com os stressores relacionais (relação com os doentes, relação com os colegas e relação com o corpo médico) e com o salário, e ainda positivamente com o apoio organizacional.

8.3.9 Resumo do estudo da hipótese entre o burnout (MBI) e os stressores: (H09)

A tabela seguinte, apresenta a síntese das relações encontradas entre as três dimensões do MBI e os doze stressores, e permite ainda compreender que a cada um dos factores do Inventário de Burnout de Maslach não correspondem diferentes hierarquizações dos stressores.

Tabela 189 – Resultado da hipótese que relaciona o burnout (MBI) com os stressores: H09

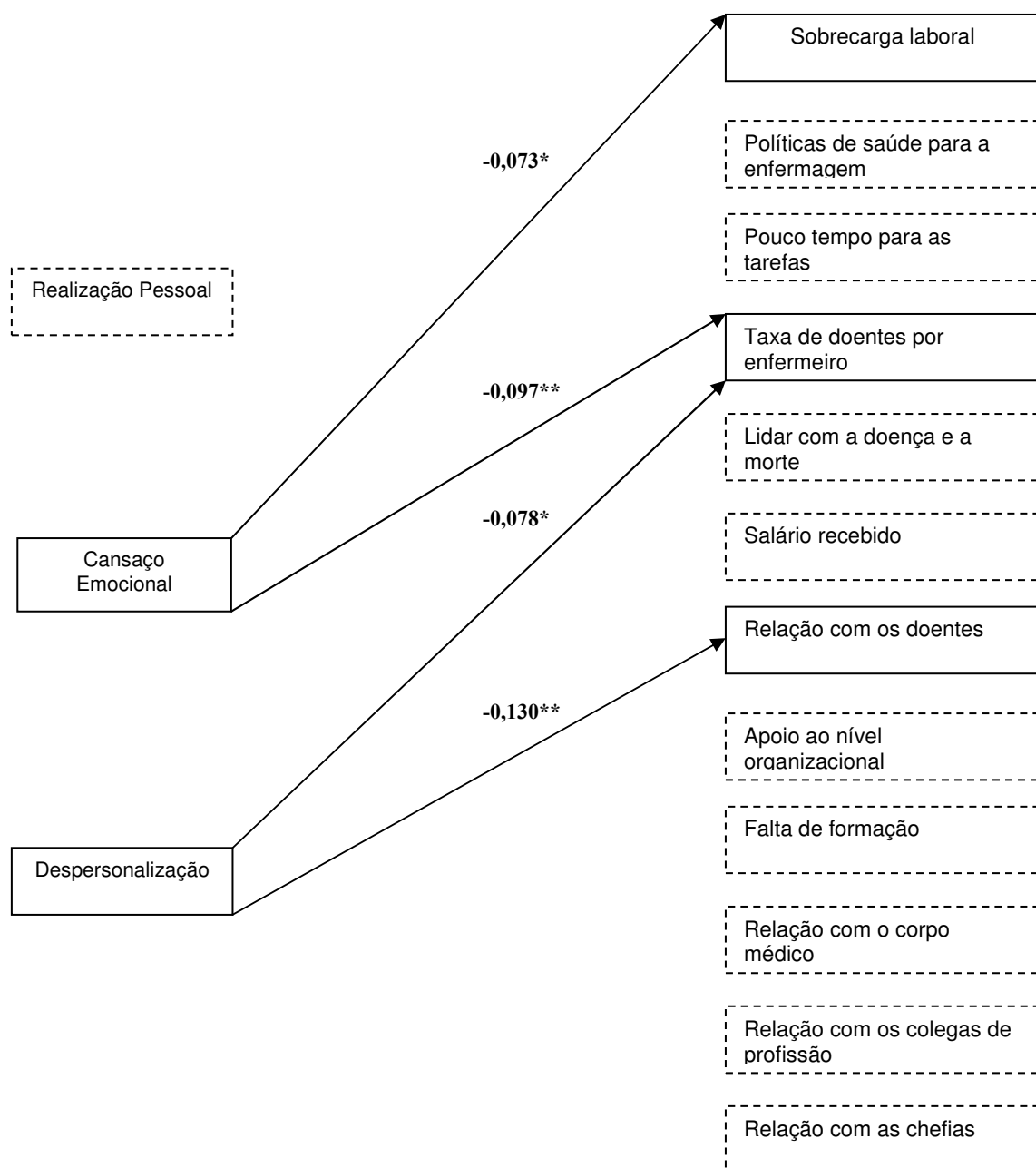
	Var independente	Variáveis dependentes											
H09	Burnout	Stressores											
Não Confirmada		Spearman											
		Relação Chefias	Carga Laboral	Doença e Morte	Salário	Relação Colegas	Falta formação	Relação Médico	Taxa Doentes	Apoio Organiz	Políticas Saúde	Relação Doentes	Tempo Tarefas
	CANSAÇO EMOCIONAL		-.073*						-.097**				
	REALIZAÇÃO PESSOAL												
	DESPERSONALIZAÇÃO								-.078**			-.130**	

** Correlação significativa para um nível de significância de 0.01.

* Correlação significativa para um nível de significância de 0.05.

É de salientar a inexistência de qualquer relação significativa do conjunto de stressores apresentado com a realização pessoal, observando-se apenas a existência de associações estatisticamente negativas quer do cansaço emocional com a sobrecarga laboral e com a taxa de doentes por enfermeiro, quer da despersonalização também com a taxa de doentes por enfermeiro e ainda com a relação com os doentes.

Figura 57 – Modelo de correlações entre o burnout (MBI) e os stressores: H09



8.4. Síntese dos modelos de correlações e dos valores de prova

Os modelos de correlações e dos valores de prova que se apresentam nas duas figuras que se podem observar a seguir (58 e 59), sintetizam o conjunto de todas as correlações (a cor azul) e associações significativas (valores de prova a cor vermelha) e não significativas (valores de prova a cor preta) encontradas por cada uma das variáveis, não só na exploração das relações hipotetizadas, como também no estudo das relações entre as diferentes entidades que integram o desenho experimental delineado. O símbolo assinalado por ●—●, indica que os valores que se associam à variável a que se refere devem ser lidos no cruzamento com a linha vertical que definem.

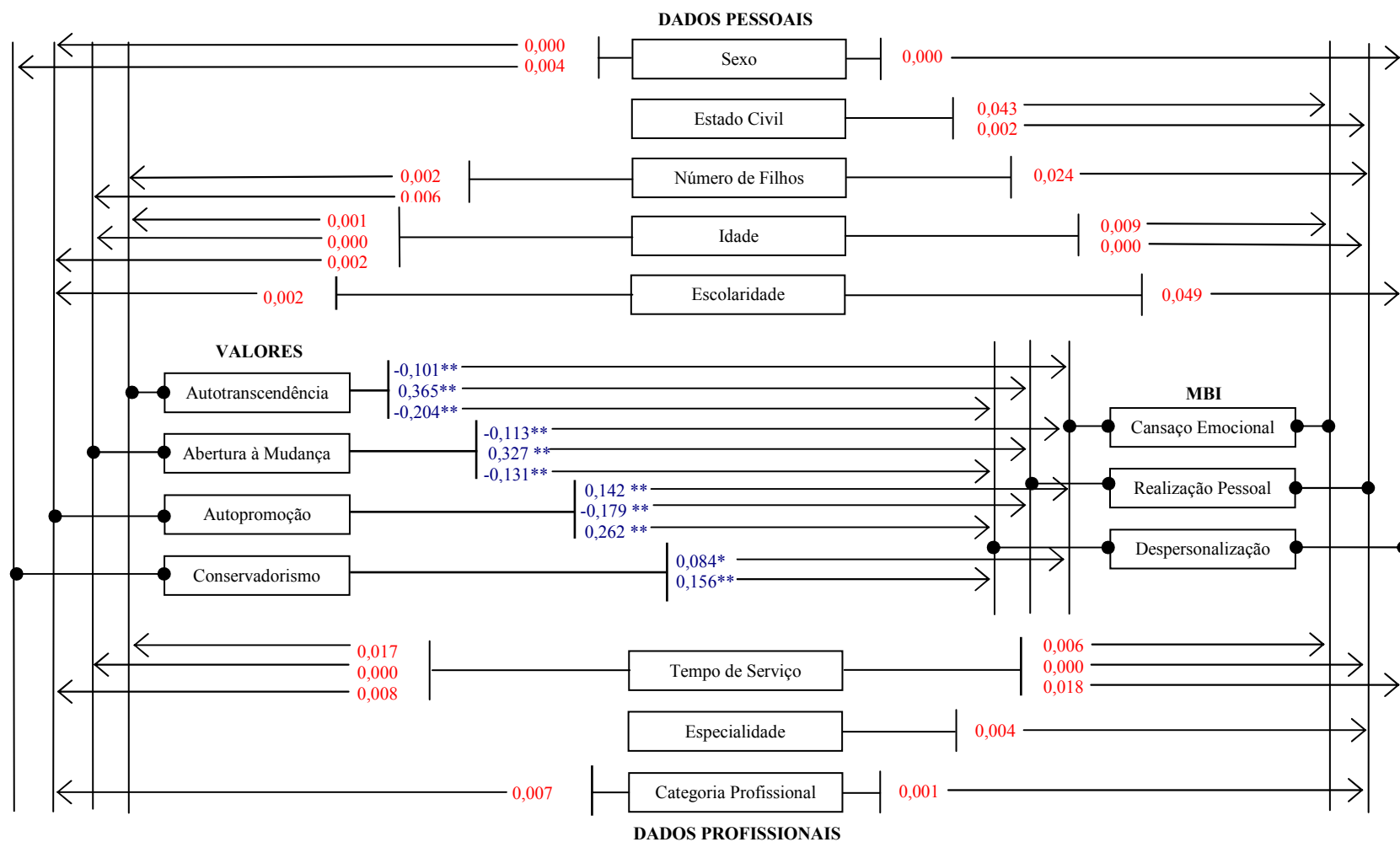
8.4.1. Modelo de correlações e valores de prova entre o MBI, EVAT30, Dados Pessoais e Dados Profissionais

Conforme se pode observar no modelo designado por figura 58, existem relações estatisticamente significativas encontradas no estudo das associações quer do burnout (MBI) com os valores (EVAT30) - H01 -, quer do burnout com os dados profissionais (H02) e os dados pessoais (H03), quer dos valores (EVAT30) com os dados profissionais (H06) e os dados pessoais (H07), pelo que a interpretação do primeiro modelo construído assenta na relação individual do EVAT30 e do MBI com as restantes variáveis pessoais e profissionais.

8.4.1.1. Relação entre valores (EVAT30) e burnout (MBI)

Considerando a dependência do burnout face aos valores e a significância das correlações encontradas no estudo das sub-hipóteses formuladas para H01 – que têm os seus valores assinalados a cor azul no modelo a que corresponde a figura 58 -, constata-se que: o cansaço emocional associa-se positivamente com a autopromoção (.142**) e o conservadorismo, e negativamente com a abertura à mudança (-.113**) e a autotranscendência (-.101**); a realização pessoal relaciona-se positivamente com a autotranscendência (.365**) e a abertura à mudança (.327**), e negativamente com a autopromoção (-.179**); a despersonalização mantém uma associação positiva com a autopromoção (.262**) e o conservadorismo (.156**), e associa-se negativamente com a autotranscendência (-.204**) e a abertura à mudança (-.131**).

Figura 58 – Modelo de correlações e valores de prova entre o EVAT30, MBI, Dados Pessoais e Dados Profissionais



Nota: Correlações assinaladas a cor azul, valores de prova a cor vermelha

Pode então inferir-se que os profissionais de enfermagem com menor burnout (menos cansaço emocional, menos despersonalização e maior realização pessoal), são aqueles com uma orientação para o valor da autotranscendência e para o valor da abertura à mudança. Quando estes dois valores são comparados entre si na sua relação com o MBI, permitem ainda constatar que a abertura à mudança está associada a um pequeno decréscimo da realização pessoal e do cansaço emocional, e a um pequeno aumento da despersonalização, enquanto que a autotranscendência se relaciona com um pequeno aumento da realização pessoal e do cansaço emocional, e diminuição da despersonalização. Já os profissionais com maior burnout (mais cansaço emocional, mais despersonalização e menor realização pessoal), são os que evidenciam uma orientação para a autopromoção, particularmente, mas também para o conservadorismo. De referir ainda que a relação do conservadorismo com a realização pessoal é inconclusiva.

8.4.1.2. Relação dos dados profissionais e pessoais com o burnout (MBI)

Os dois subcapítulos que se apresentam a seguir, exploram separada e alternadamente a relação de cada um dos factores do MBI (cansaço emocional, realização pessoal e despersonalização) com os dados profissionais e com os pessoais.

8.4.1.2.1. Relação dos dados profissionais com o factor cansaço emocional do MBI

Ao nível do cansaço emocional, observa-se alguma tendência (não significativa) para um ciclo que começa com um menor valor na categoria profissional de enfermeiros (generalistas), subindo gradualmente ao longo das categorias de enfermeiro-graduado e de enfermeiro especialista, para depois cair nas categorias mais elevadas e que remetem para alguma responsabilidade ao nível da gestão (enfermeiro-chefe, enfermeiro-supervisor e enfermeiro-director). Na relação com as diferentes especialidades (com significado estatístico), o cansaço emocional tem valores médios inferiores para a especialidade de saúde materna e obstetrícia e para a especialidade de enfermagem comunitária, crescendo depois gradual e respectivamente ao longo das especialidades de saúde mental e psiquiátrica, médico cirúrgica, reabilitação, e saúde infantil e pediatria. O cansaço emocional exhibe ainda uma relação significativa para o tempo de serviço a que corresponde o início (< 2 anos) e o fim da carreira (> 15 anos) profissional.

8.4.1.2.2. Relação dos dados pessoais com o factor cansaço emocional do MBI

Quanto aos dados pessoais, o cansaço emocional mostra-se ligeiramente superior seja para o sexo masculino (diferença sem significado estatístico), seja para aqueles profissionais que ficaram sós - a que correspondem os estados civis de solteiro, casado e junto -, decrescendo nos estados civis de casado, junto ou solteiro, seja para quem tem apenas um filho ou três ou quatro. O cansaço emocional vai aumentando ainda de um modo uniforme e gradual até à idade de 35 anos para depois voltar a decrescer também gradualmente, e, na relação com o grau de escolaridade, existe uma tendência não significativa para o cansaço emocional se elevar nas pós-graduações, mestrados e doutoramentos.

8.4.1.2.3. Relação dos dados profissionais com o factor realização pessoal do MBI

Ao nível da realização pessoal, constata-se (com significado estatístico) que esta começa por apresentar o valor mais elevado na categoria profissional mais baixa (enfermeiro-generalista), decrescendo depois na categoria seguinte (enfermeiro-graduado), para voltar a crescer na categoria profissional de enfermeiro-especialista e na possibilidade de um exercício profissional renovado e específico, e decrescer nas três restantes categorias superiores (enfermeiro-chefe, enfermeiro-supervisor e enfermeiro-director). A realização pessoal exhibe também uma maior relação (com significado estatístico) com a especialidade de saúde materna e obstetrícia, começando por decrescer primeiro com a enfermagem comunitária, depois com a especialidade de saúde mental e psiquiátrica e com a especialidade de reabilitação, e, por último com as especialidades de médico cirúrgica e de saúde infantil e pediatria. Na relação estatisticamente significativa que a realização tem ainda com o tempo de serviço, constata-se que a realização pessoal tem o seu valor máximo no início de carreira (< 2 anos), para depois decrescer gradualmente até aos 15 anos, voltando a subir depois de 15 anos de tempo de serviço.

8.4.1.2.4. Relação dos dados pessoais com o factor realização pessoal do MBI

Tudo leva a crer que a realização pessoal não é influenciada pelo sexo (masculino ou feminino), mas que é maior seja nos estados civis de junto e de solteiro,

seja em quem não tem filhos ou tem dois, três ou quatro, e menor para quem tem apenas um filho. O sentimento de realização pessoal está ainda associado à idade, pois que surge elevado na faixa etária até aos 25 anos, para depois decrescer uniforme e gradualmente até à idade de 45 anos, em que volta a subir para um valor próximo do inicial. Assinala-se também uma tendência não significativa para a realização pessoal ser maior nos graus de escolaridade a que correspondem a licenciatura e a pós-graduação.

8.4.1.2.5. Relação dos dados profissionais com o factor despersonalização do MBI

Ao nível da despersonalização, manifesta-se alguma tendência (não significativa) para uma menor despersonalização na categoria profissional de enfermeiro-especialista, e para uma maior despersonalização para as três categorias mais elevadas (enfermeiro-chefe, enfermeiro-supervisor e enfermeiro-director). No que se refere à relação da despersonalização com as diferentes especialidades, observa-se também apenas alguma tendência (não significativa) para uma menor despersonalização na especialidade de saúde materna e obstetrícia, depois nas especialidades de saúde infantil e pediátrica e de enfermagem comunitária, e, por último, nas especialidades de saúde mental e psiquiátrica, médico cirúrgica, e reabilitação. Na relação estatisticamente significativa que a despersonalização mantém com o tempo de serviço, interessa salientar o facto de esta apresentar valores médios inferiores para o início de carreira (< 2 anos) e depois progredir de um modo não linear com o avançar dos anos.

8.4.1.2.6. Relação dos dados pessoais com o factor despersonalização do MBI

A despersonalização é estatística e significativamente mais elevada no sexo masculino, evidenciando uma tendência (não significativa), por um lado, para se elevar nos estados civis de divorciados, separados ou viúvos, e, por outro lado, para ser maior em quem tem apenas um filho e menor até aos 25 anos. No que se refere à escolaridade, a despersonalização é significativamente menor para a licenciatura e maior para as pós-graduações, mestrados e doutoramentos.

8.4.1.3. Relação dos dados profissionais e pessoais com os valores (EVAT30)

Tal como anteriormente, procede-se à análise sistemática de cada um dos quatro factores do EVAT30 com os diferentes dados pessoais e profissionais, alternadamente.

8.4.1.3.1. Relação dos dados profissionais com o factor autotranscendência do EVAT30

A autotranscendência apresenta uma tendência não significativa para se associar mais, seja com as categorias profissionais dos enfermeiros chefe, supervisor ou director, seja com a especialidade de saúde materna e obstetrícia, e influenciar menos a categoria profissional dos enfermeiros graduados e a especialidade médico cirúrgica. A autotranscendência exibe ainda uma relação estatisticamente significativa com o tempo de serviço, diminuindo gradualmente até aos 15 anos para depois voltar a aumentar.

8.4.1.3.2. Relação dos dados pessoais com o factor autotranscendência do EVAT30

A autotranscendência exibe valores médios superiores para o sexo feminino, muito embora as diferenças observadas não sejam estatisticamente significativas, e regista valores médios que aumentam com o número de filhos - excepto para aqueles profissionais que não têm nenhum filho -, e com as idades extremas, em que se tem no limite à esquerda a faixa etária até aos 25 anos, e no limite à direita as idades superiores a 45 anos. A autotranscendência não tem uma relação estatisticamente significativa com a escolaridade.

8.4.1.3.3. Relação dos dados profissionais com o factor abertura à mudança do EVAT30

A abertura à mudança mostra uma tendência não significativa para ser maior na categoria profissional de enfermeiros (generalistas) e para a especialidade de saúde materna e obstetrícia, e menor para a especialidade de saúde mental e psiquiátrica. A abertura à mudança diminui com o aumento do tempo de serviço.

8.4.1.3.4. Relação dos dados pessoais com o factor abertura à mudança do EVAT30

A abertura à mudança apresenta uma tendência não significativa para ser maior no sexo feminino, e exibe valores médios superiores em quem não tem nenhum filho ou naqueles que têm 3 ou 4 filhos. A abertura à mudança diminui gradualmente com o aumento da idade, para voltar a elevar-se nos profissionais mais velhos com mais de 45 anos, e exibe ainda uma tendência não significativa para aumentar gradualmente com o grau de escolaridade.

8.4.1.3.5. Relação dos dados profissionais com o factor autopromoção do EVAT30

A autopromoção aumenta com a progressão da categoria profissional dos enfermeiros, sendo as diferenças observadas estatisticamente significativas, apresentando ainda uma tendência não significativa para se associar mais à especialidade de enfermagem comunitária e menos às especialidades de saúde materna e obstetrícia e de saúde infantil e pediátrica. A autopromoção apresenta ainda valores médios que aumentam com o tempo de serviço.

8.4.1.3.6. Relação dos dados pessoais com o factor autopromoção do EVAT30

A autopromoção regista valores médios superiores para o sexo masculino e aumenta com a idade, apresentando também uma tendência não significativa para subir gradualmente com o número de filhos. A autopromoção evidencia ainda valores médios superiores para os graus de escolaridade de mestrado e de doutoramento, que são seguidos pelo grau de bacharelato.

8.4.1.3.7. Relação dos dados profissionais com o factor conservadorismo do EVAT30

O conservadorismo apresenta uma tendência não significativa para se relacionar mais com a categoria profissional dos enfermeiros especialistas.

8.4.1.3.8. Relação dos dados pessoais com o factor conservadorismo do EVAT30

Os profissionais de enfermagem do sexo masculino apresentam um maior conservadorismo, que se observa ainda numa tendência não significativa para aumentar ligeiramente com o número de filhos, com o grau académico mais baixo do bacharelato, e com o grau de escolaridade que integra o mestrado e o doutoramento.

8.4.2. Modelo de correlações e valores de prova entre os Stressores, MBI, EVAT30, Dados Pessoais e Dados Profissionais

O segundo modelo apresentado (figura 59) estabelece uma associação dos stressores com o burnout, os valores, os dados pessoais e profissionais, operacionalizando as relações hipotetizadas em H04, H05, H07 e H08.

8.4.2.1. Relação dos stressores com o burnout (MBI)

Seguidamente, procede-se à sistematização das relações que foram encontradas entre cada um dos factores do MBI com o conjunto dos stressores apresentado.

8.4.2.1.1. Relação dos stressores com o factor cansaço emocional do MBI

O cansaço emocional aumenta particularmente face ao stressor taxa de doentes por enfermeiro e ao stressor sobrecarga laboral.

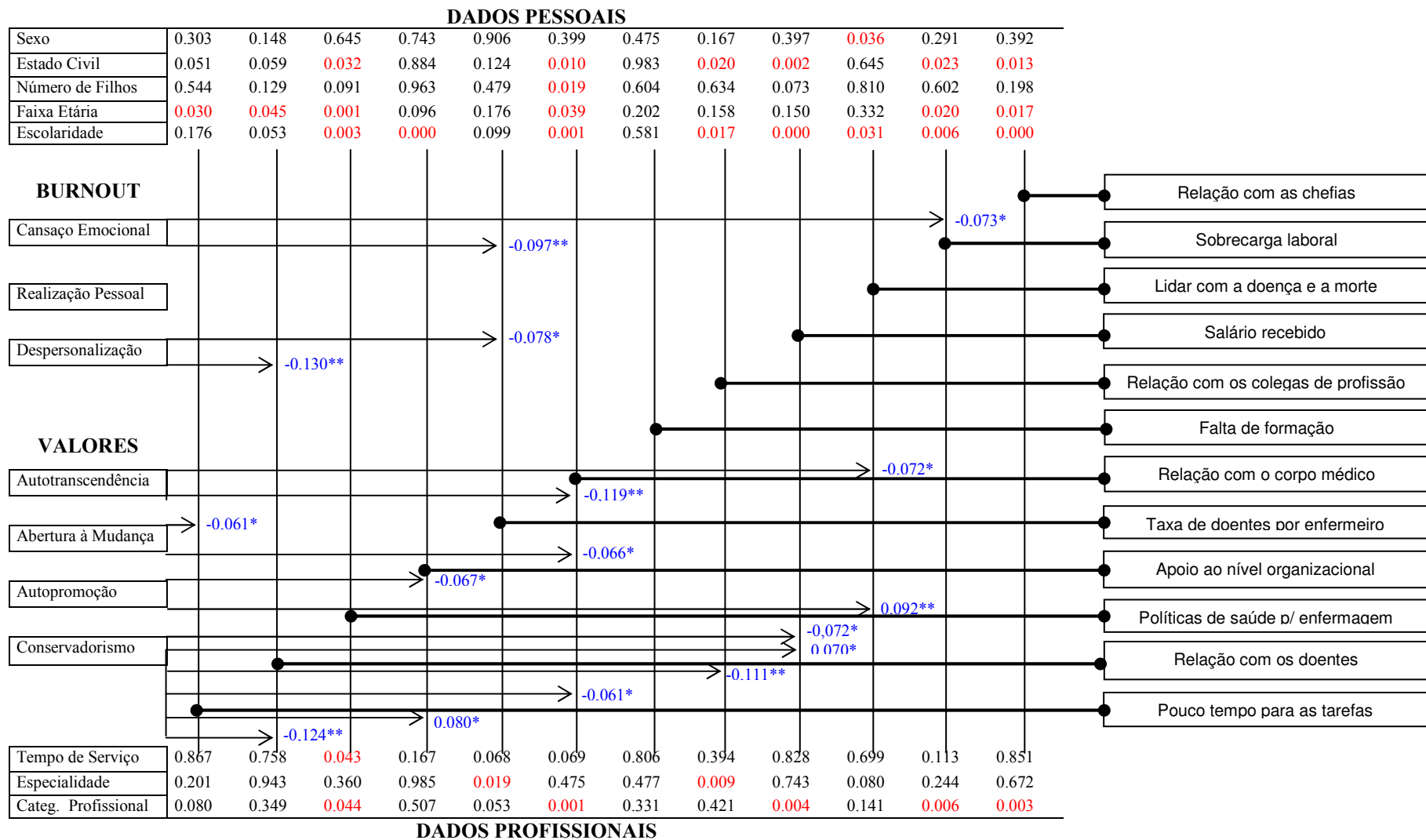
8.4.2.1.2. Relação dos stressores com o factor realização pessoal do MBI

Não foi encontrada nenhuma relação do factor realização pessoal com algum dos stressores investigados.

8.4.2.1.3. Relação dos stressores com o factor despersonalização do MBI

A despersonalização é influenciada pelo stressor taxa de doentes por enfermeiro e pelo stressor relação com os doentes.

Figura 59 – Modelo de correlações e valores de prova entre os Stressores, EVAT30, MBI, Dados Pessoais e Dados Profissionais



Nota: Correlações assinaladas a cor azul, valores de prova a cor vermelha (significativos) ou a cor preta (não significativos)

8.4.2.2. Relação dos stressores com os valores (EVAT30)

Tal como anteriormente, procede-se de seguida à apresentação das relações encontradas por cada um dos factores do EVAT30 com os diferentes stressores.

8.4.2.2.1. Relação dos stressores com o factor autotranscendência do EVAT30

Quanto maior a autotranscendência, mais intensos são considerados os stressores lidar com a morte, relação com o corpo médico, e pouco tempo para as tarefas.

8.4.2.2.2. Relação dos stressores com o factor abertura à mudança do EVAT30

Quando se eleva a abertura à mudança, mais intensos se consideram o stressor relação com o corpo médico e o stressor apoio ao nível organizacional.

8.4.2.2.3. Relação dos stressores com o factor autopromoção do EVAT30

Uma maior orientação para a autopromoção reflecte-se numa maior importância do stressor salário recebido e numa menor intensidade do stressor lidar com a morte e a doença.

8.4.2.2.4. Relação dos stressores com o factor conservadorismo do EVAT30

Quanto mais elevado é o conservadorismo, mais importância se atribui aos stressores salário recebido, relação com os colegas de profissão, relação com o corpo médico e relação com os doentes, e, por outro lado, menos intensidade tem o stressor apoio ao nível organizacional.

8.4.2.3. Relação dos dados pessoais e profissionais com os stressores

Os dois subcapítulos que se apresentam de seguida, agrupam separadamente a relação dos dados pessoais e dos dados profissionais com os diferentes stressores da investigação.

8.4.2.3.1. Relação dos dados pessoais com os stressores

O sexo feminino apresenta uma relação significativa e maior com o stressor lidar com a doença e com a morte, e uma maior tendência (estatisticamente não significativa) a deixar-se influenciar pelos stressores relação com os colegas de profissão e relação com os doentes. Os profissionais do sexo masculino exibem alguma tendência, sem expressão estatística significativa, para se deixarem influenciar mais do que as mulheres pelos stressores salário recebido, falta de formação e políticas de saúde para a enfermagem. Quanto ao estado civil, constata-se que os profissionais solteiros são os que mais se deixam influenciar pelo stressor relação com as chefias, e os que estão juntos são aqueles menos afectados, que o stressor sobrecarga laboral afecta mais quem está junto e menos quem está divorciado, separado ou viúvo, que o stressor salário recebido se repercute mais em quem está casado ou divorciado, que o stressor relação com os colegas de profissão é sentido como maior pelos indivíduos solteiros e casados, que a relação com o corpo médico é um maior stressor para quem está solteiro e menor para quem vive em união de facto (junto), que o stressor políticas de saúde para a enfermagem influencia mais quem está junto ou divorciado, separado ou viúvo. O stressor relação com o corpo médico influencia mais quem tenha três ou quatro filhos. O stressor relação com as chefias e o stressor relação com o corpo médico são mais importantes, em média, para a idade de até 25 anos e para a idade de mais de 45 anos, o stressor sobrecarga laboral é mais importante para as três faixas etárias mais baixas, que configuram um grupo etário até aos 35 anos, os stressores políticas de saúde para a enfermagem e pouco tempo para as tarefas, surgem como mais importantes para a faixa etária de 31 a 35 anos e para a idade de mais de 45 anos, e o stressor relação com os doentes é mais importante para a faixa etária de 31 a 35 anos. Quanto ao grau de escolaridade, verifica-se que o stressor relação com as chefias e o stressor relação com os colegas de profissão, são mais importantes para a escolaridade de licenciados, o stressor sobrecarga laboral é mais importante para as formações superiores à licenciatura (pós-graduação, mestrado e doutoramento), o stressor lidar com a morte é mais importante para os bacharéis e licenciados, os stressores salário recebido, relação com o corpo médico e políticas de saúde para a enfermagem são mais importantes para quem tem o mestrado ou o doutoramento, para os quais é menos importante o apoio ao nível organizacional.

8.4.2.3.2. Relação dos dados profissionais com os stressores

O stressor políticas de saúde para a enfermagem é mais importante para as categorias profissionais de enfermeiro-chefe, enfermeiro-supervisor ou enfermeiro-director. A relação com os colegas de profissão é mais stressante para a especialidade de saúde infantil e pediátrica e menos stressante para a de saúde mental e psiquiátrica, o stressor taxa de doentes por enfermeiro, influencia mais a especialidade médico cirúrgica e menos as especialidades de saúde mental e psiquiátrica e de enfermagem comunitária. Os stressores relação com as chefias e relação com o corpo médico, são menos importantes para o tempo de serviço de 11 a 15 anos, o stressor sobrecarga laboral exerce uma maior influência no início da carreira para os tempos de serviço de 2 a 5 anos e de 6 a 10 anos, o stressor salário recebido é mais importante para os tempos de serviço de 5 a 10 anos e de mais de 15 anos, o stressor sobrecarga laboral é mais importante para os tempos de serviço de 2 a 5 e de 6 a 10 anos; o stressor políticas de saúde para a enfermagem é mais importante para os tempos de serviço de 6 a 10 anos e de mais de 15 anos.

8.5. Resumo da regressão linear

Os parâmetros do modelo associados a cada variável independente significativa indicam a variação do valor esperado de Y, com o aumento de uma unidade de X, mantendo-se as restantes variáveis constantes. A seguir, procede-se à elaboração de um comentário que pretende resumir as relações significativas encontradas por cada um dos factores do Inventário de Burnout de Maslach (cansaço emocional, realização pessoal e despersonalização).

8.5.1. Comentário dos coeficientes do modelo do cansaço emocional

Relativamente ao cansaço ou esgotamento emocional, observa-se um aumento médio que depende do incremento de uma unidade por cada uma das variáveis referidas. Assim, quando a variável Autopromoção (factor 3 do EVAT30) aumenta uma unidade, provoca um aumento médio esperado na variável factor 1 do MBI de 0.142; quando a variável Abertura à mudança (factor 3 do EVAT30) aumenta uma unidade, provoca uma diminuição média esperado na variável factor 1 do MBI de 0.144; quando a

variável a que corresponde o stressor Taxa de doentes por enfermeiro, aumenta uma unidade (menos importante como stressor), provoca uma diminuição média esperado na variável factor 1 do MBI de 0.029; quando a variável Faixa etária (dados pessoais) aumenta uma unidade (passar para a faixa etária superior), provoca uma diminuição média esperado na variável factor 1 do MBI de 0.217; quando a variável Tempo de serviço (dados profissionais) aumenta uma unidade, provoca um aumento médio esperado na variável factor 1 do MBI de 0.143; quando a variável Conservadorismo (factor 4 do EVAT30) aumenta uma unidade, provoca um aumento médio esperado na variável factor 1 do MBI de 0.089.

8.5.2. Comentário dos coeficientes do modelo da realização pessoal

No que respeita à realização pessoal, verifica-se que: quando a variável Autotranscendência (factor 1 do EVAT30) aumenta uma unidade, provoca um aumento médio esperado na variável factor 2 do MBI de 0.230; quando a variável Abertura à mudança (factor 2 do EVAT30) aumenta uma unidade, provoca um aumento médio esperado na variável factor 2 do MBI de 0.215; quando a variável Autopromoção (factor 3 do EVAT30) aumenta uma unidade, provoca uma diminuição média esperada na variável factor 2 do MBI de 0.118; quando a variável a que corresponde o stressor Apoio ao nível organizacional, aumenta uma unidade (menos importante como stressor), provoca um aumento médio esperado na variável factor 2 do MBI de 0.024; quando a variável Categoria profissional (dados profissionais) aumenta uma unidade (passar para a categoria superior), provoca uma diminuição média esperado na variável factor 2 do MBI de 0.103.

8.5.3. Comentário dos coeficientes do modelo da despersonalização

Já no que se refere à despersonalização, constata-se que quando a variável Autopromoção (factor 3 do EVAT30) aumenta uma unidade, provoca um aumento médio esperado na variável factor 3 do MBI de 0.172; quando a variável Autotranscendencia (factor 1 do EVAT30) aumenta uma unidade, provoca uma diminuição média esperada na variável factor 3 do MBI de 0.156; quando a variável Conservadorismo (factor 4 do EVAT30) aumenta uma unidade, provoca um aumento

médio esperado na variável factor 3 do MBI de 0.166; quando a variável Sexo (dados pessoais) aumenta uma unidade (passar de masculino a feminino), provoca uma diminuição média esperada na variável factor 3 do MBI de 0.317; quando a variável a que corresponde o stressor Relação com os doentes, aumenta uma unidade (menos importante como stressor), provoca uma diminuição média esperada na variável factor 3 do MBI de 0.027; quando a variável Abertura à mudança (factor 2 do EVAT30) aumenta uma unidade, provoca uma diminuição média esperada na variável factor 3 do MBI de 0.084; quando a variável Número de Filhos (dados pessoais) aumenta uma unidade, provoca uma diminuição média esperada na variável factor 3 do MBI de 0.060; quando a variável a que respeita o stressor Taxa de doentes por enfermeiro, aumenta uma unidade (menos importante como stressor), provoca uma diminuição média esperada na variável factor 3 do MBI de 0.026; quando a variável a que se refere o stressor Pouco tempo para as tarefas, aumenta uma unidade (menos importante como stressor), provoca um aumento médio esperado na variável factor 3 do MBI de 0.020.

8.5.4. Conclusão da regressão linear.

Nas tabelas que se apresentam a seguir, os valores de cor verde mostram as relações directas das variáveis dependentes (MBI: cansaço emocional, realização pessoal e desrealização) com as independentes (EVAT30, autopromoção, autotranscendência, conservadorismo e abertura à mudança; dados pessoais; dados profissionais) e as intermediárias (stressores), enquanto que os valores de cor vermelha assinalam as relações inversas entre estas variáveis. Os valores mais elevados das variáveis independentes fazem aumentar as variáveis dependentes e, por outro lado, os valores de Beta mais elevados e apresentados já numa forma estandardizada, identificam as variáveis que melhor explicam a variação das variáveis dependentes.

Assim, da interpretação das relações significativas entre o factor cansaço emocional do MBI e as variáveis explicativas dos modelos – cujos valores constam da tabela 190 -, infere-se que o cansaço emocional tende a elevar-se nos profissionais com menos idade (-.260), com o acumular do tempo de serviço (.193), face a uma menor abertura à mudança (-.137) e a uma maior orientação para a autopromoção (.134), mas também quando a taxa de doentes é mais elevada (-.086 na hierarquização do mais para o menos importante) e os enfermeiros exibem um maior conservadorismo (.064).

Tabela 190 – Sistematização do modelo otimizado para o cansaço emocional

	Cansaço Emocional X Variáveis Dependentes	Standardized Coefficients <i>Beta</i>
EVAT30	Autopromoção Abertura à mudança Conservadorismo	.134 -.137 .064
Dados Pessoais	Faixa etária	-.260
Dados Profissionais	Tempo de serviço	.193
Stressores	Taxa de doentes por enfermeiro	-.086

Já o sentimento de realização pessoal, tal como se pode constatar na tabela 191, está associado seja a uma maior autotranscendência (.229) e a uma maior abertura à mudança (.228), seja ainda a uma menor orientação para a autopromoção (-.123). Observa-se também que a realização pessoal não depende do apoio organizacional (.083 na hierarquização do mais para o menos importante) e é mais comum nas categorias profissionais mais baixas (-.076).

Tabela 191 – Sistematização do modelo otimizado para a realização pessoal

	Realização Pessoal X Variáveis Dependentes	Standardized Coefficients <i>Beta</i>
EVAT30	Autotranscendência Abertura à mudança Autopromoção	.229 .228 -.123
Dados Pessoais		
Dados Profissionais	Categoria Profissional	-.076
Stressores	Apoio ao nível organizacional	.083

No que se refere à despersonalização, os valores mais elevados da despersonalização que se observam na tabela 192, ocorrem principalmente face a uma maior orientação para a autopromoção (.173) e a uma menor autotranscendência (-.150), verificando-se ainda que está mais associada aos inquiridos do sexo masculino (-.138) a um maior conservadorismo (.127). A despersonalização tende ainda a elevar-se na

relação com os doentes (-.102 na hierarquização do mais para o menos importante), nos profissionais com uma menor abertura à mudança (-.085), perante uma maior taxa de doentes por enfermeiro (-.082 na hierarquização do mais para o menos importante). De referir também que a despersonalização não é influenciada pelo facto dos enfermeiros terem menos tempo para as tarefas (.064 na hierarquização do mais para o menos importante), mas está associada a um menor número de filhos (-.052).

Tabela 192 – Sistematização do modelo optimizado para a despersonalização

	Despersonalização X Variáveis Dependentes	Standardized Coefficients Beta
EVAT30	Autopromoção Autotranscendencia Conservadorismo Abertura à mudança	.173 -.150 .127 -.085
Dados Pessoais	Sexo Número de Filhos	-.138 -.052
Dados Profissionais		
Stressores	Relação com os doentes Taxa de doentes por enfermeiro Pouco tempo para as tarefas	-.102 -.082 .064

A tabela 193 sintetiza os valores encontrados na optimização dos três modelos anteriores referentes às dimensões do burnout, na sua relação com os valores do EVAT30 - assinalando-se a vermelho as relações negativas -, tendo havido porém o cuidado de relativamente à conversão do factor realização em desrealização pessoal, inverter o sinal das relações encontradas. Os valores do EVAT30 estão ainda agrupados aos pares de acordo com as suas incompatibilidades, que serão objecto de análise no âmbito das reflexões apresentadas quer para a conclusão geral do enquadramento prático, quer para as implicações deste estudo para a enfermagem.

Tabela 193 – Síntese da relação entre a optimização do modelo para o burnout e os valores

	Autopromoção	Autotranscendência	Abertura à mudança	Conservadorismo
Cansaço emocional	.134		-.137	.064
Desrealização	.123	-.229	-.228	
Despersonalização	.173	-.150	-.085	.127

Capítulo 9

CONCLUSÕES GERAIS

9.1. Conclusão geral sobre o enquadramento teórico

O enquadramento teórico apresentado baseia-se na revisão bibliográfica que se realizou acerca dos valores, burnout e relação dos valores com o burnout.

9.1.1. Conclusão da revisão bibliográfica acerca dos valores

A orientação desta pesquisa bibliográfica para o estudo dos valores, reforça a universalidade factual da filosofia como a mãe de todas as ciências, uma vez que o estudo dos valores nasce com a axiologia, que constitui uma corrente filosófica reivindicada pela filosofia do ser e pela filosofia antropológica, podendo ainda ser abordado numa perspectiva objectiva, subjectiva ou situacionista. Basicamente, o valor é concebido como uma vivência ou experiência subjectiva que se evidencia ao nível das preferências do indivíduo.

Observa-se também que posteriormente estas teses axiológicas não só são reinterpretadas pelas teorias humanistas (antropológica, sociológica, psico-sociológica e psicológica), que surgem no decorrer da preocupação com a transformação moral do homem moderno e a crise de valores instalada com a industrialização das sociedades. Os valores começam então a ser perspectivados de um modo mais empírico, pois que se formam nas condições históricas e sociais em que o homem actua, e decorrem da necessidade do homem se autotranscender para se autorealizar.

Por outro lado, constata-se que actualmente ainda se assiste a alguma hesitação no estudo dos valores, que são avaliados quer com base na sua simples ordenação (Alwin & Krosnick, 1985; Ball-Rokeach e Loges, 1994), quer através de um procedimento nominal (Schwartz, 1992, 1994), que tem a vantagem de permitir a atribuição da mesma importância a dois valores.

A conceptualização de Schwartz (1992, 1994) é aquela que encontra mais seguidores, até porque não só distingue os valores das necessidades e atitudes, como considera também o conteúdo substantivo dos valores na formulação de uma teoria baseada essencialmente na teorização de Rokeach (1968, 1973) - que se insere nas

origens do pensamento humanista -, e na terminologia e classificação dos valores em terminais e instrumentais.

A estrutura de valores sistematizada por Schwartz (1992, 1994) em dez domínios distintos em vez de valores simples, baseia-se no carácter universal de três tipos de exigências individuais e sociais, que se transformam e se exprimem em valores no movimento adaptativo à realidade social. Estes tipos motivacionais caracterizam-se também por um conjunto de relações dinâmicas de compatibilidade e incompatibilidade, confirmado nos vários tratamentos estatísticos realizados no decurso dos diferentes estudos que se baseiam na tipologia de valores preconizada por este autor.

As teorizações de Schwartz (1992, 1994), resultaram na construção do IVS (Inventário de Valores de Schwartz), que embora apresente uma lista de valores terminais e outra de valores instrumentais, tal como o inventário de Rokeach (1968), se distingue deste por utilizar uma medida que combina intervalos com âncora.

A partir das prioridades dos valores individuais e da contemplação das três necessidades básicas já referidas, Schwartz (1999) infere ainda sete tipos de valor que caracterizam uma cultura, que obedecem à mesma lógica de compatibilidades e incompatibilidades já anteriormente referida.

A consideração das organizações como manifestações culturais, tem-se reflectido mais recentemente em modelos de análise organizacional, à luz dos quais os valores são estudados no âmbito profissional (individual, grupal e organizacional) e na especificidade do contexto do trabalho.

A investigação dos valores para o trabalho é uma tendência que se reveste de um carácter prático objectivo, que tem sido protagonizada essencialmente por Arciniega e González (2000, 2002, 2005), Ros e cols. (1999), Tamayo e cols. (Porto e Tamayo, 2003; Tamayo, 1996; Tamayo e Borges, 2001; Tamayo, Mendes e Paez, 2000).

Arciniega e González (2000) não só distinguem os valores para o trabalho dos valores pessoais com base no contexto em que estes se manifestam, como procedem

também à construção e validação de uma escala de valores para o trabalho (EVAT30) que é utilizada nesta investigação.

9.1.2. Conclusão da revisão bibliográfica acerca do burnout

Quanto ao levantamento bibliográfico relativo ao burnout, é de referir quer a necessidade e a dificuldade de o distinguir do conceito de stress teorizado particularmente por Cannon e Seyle (cit. por Serra, 2002) - que se tem procurado explicar por todo um conjunto de teorias (ambientalistas, adaptação pessoa-ambiente, exigências e controlo laborais, transacionais, exigências e recursos no trabalho, etc.), que carecem de uma reflexão integradora dos seus principais contributos -, quer a consideração global do burnout como um quadro clínico único resultante da continuidade do stress no trabalho (Cordes & Dougherthy, 1993; Maslach & Jackson, 1981) ou da resposta negativa ao stress laboral crónico (Gil-Monte, 2005).

Constata-se ainda que existem dificuldades seja na delimitação conceptual do burnout - pelas quatro abordagens encontradas (clínica, sóciopsicológica, organizacional e cultural) -, seja na explicação da sua etiologia, que tem sido objecto de algumas formulações teóricas, de que se destacam particularmente as teorias sócio-cognitivas do eu, as teorias da troca social e as teorias organizacionais.

A não observação de um consenso científico na definição do burnout, reflete-se ainda na sua compreensão numa perspectiva clínica como um estado mental negativo - que interessa distinguir do stress, depressão e insatisfação laboral -, e numa perspectiva psicossocial como um processo que se manifesta no decurso do exercício profissional, em que globalmente se aceita que intervêm elementos cognitivo-atitudinais (realização pessoal), emocionais (exaustão emocional) e atitudinais (despersonalização).

Uma vez que são muitas as variáveis que se têm procurado correlacionar com o burnout, optou-se pela apresentação teórica das variáveis preditoras e consequentes do burnout de um modo sistematizado aos níveis profissional e pessoal.

9.1.3. Conclusão da revisão bibliográfica acerca da relação dos valores com o burnout em enfermagem

Não deixa de ser interessante ter-se verificado que já em 1978, Virginia Henderson havia referido a relação entre um exercício da enfermagem não consonante com os valores pessoais do profissional, com um incremento dos níveis de ansiedade e stress.

Considerando que a particularidade dos critérios e normas definidos para o exercício da enfermagem, condiciona os valores por que se orientam as enfermeiras (Gartner, 1990; Wesfall, 1987), é lícito supor que a reestruturação dos serviços de saúde se traduza ao nível da alteração dos seus deveres e responsabilidades (Laschinger, 2004), ao nível da necessidade de estudar as alterações axiológicas por detrás do novo papel exigido a estes profissionais (Faithfull & Hunt, 2005), e ainda ao nível da revisão dos próximos códigos de ética (Peter, 2004) e na operacionalização e prática dos valores que os integram (Murphy & cols., 2005).

Os trabalhos que têm vindo a ser recentemente desenvolvidos por Robayo e Tamayo (1997), Vachon (2000), Lindholm e cols. (2003), Bouckenooghe e cols. (2004) e Laschinger (2004), fundamentam a curiosidade acerca da relação dos valores destes profissionais com os seus níveis de burnout, pelo que a procura desta relação configura o problema desta investigação, que tem como objectivo principal averiguar se os valores para o trabalho dos profissionais de enfermagem têm um carácter preditivo sobre o burnout. Esta mesma relação já foi procurada por Luzón, Martínez e Salguero (2004).

Neste âmbito, procede-se ainda à descrição de cinco estudos que genericamente procuram determinar a relação entre o grau de burnout e stress experimentados em diferentes técnicos de saúde (enfermeiras e médicos) e os seus valores (pessoais, profissionais, organizacionais, ideais *versus* reais), que assim reforçam a tendência actual para uma nova compreensão do stress e do burnout, integradora não só da formação axiológica de cada um e da orientação cultural das organizações, mas também das consequências que advêm do grau de consonância entre os valores individuais manifestados ao nível pessoal ou ao nível do trabalho, com os valores organizacionais.

9.2. Conclusão geral sobre o enquadramento experimental

A estrutura base subjacente ao desenho metodológico que foi concebido, resultou da articulação das diferentes entidades conceptuais a serem exploradas na investigação, com os objectivos delineados. Contudo, muito embora se tenha procurado o fundamento científico do sentido causal das hipóteses formuladas – através do enunciado de um conjunto de pressupostos derivados da revisão bibliográfica apresentada, verificou-se a inexistência de estudos conclusivos relativamente à relação estabelecida entre algumas variáveis.

Apesar dos constrangimentos económicos que restringiram a aplicação dos questionários à proximidade geográfica da área de residência do investigador (Lisboa, Porto e norte de Portugal), é de salientar a circunstância de pouco mais de metade dos questionários terem sido devidamente respondidos e devolvidos, facto que na opinião das três enfermeiras inquiridas no âmbito da discussão dos resultados, se deve à saturação evidenciada particularmente pelos profissionais de enfermagem mais velhos face a estudos que envolvam o Inventário de Burnout de Maslach (MBI), e à não divulgação dos resultados junto das instituições em que se recolheram as diferentes amostras, pelo que se assumiu o compromisso de divulgar os resultados e conclusões obtidas junto de pelo menos cada uma destas instituições.

9.3. Conclusão geral sobre o enquadramento prático

Por forma a dar resposta ao principal objectivo desta investigação, nomeadamente no que respeita à interrogação acerca do carácter preditivo dos valores sobre o burnout nos profissionais de enfermagem, procurou-se modelar as relações entre as diferentes variáveis que integraram o estudo através de uma regressão linear, para assim predizer a força da variável dependente referente ao burnout (MBI) com base num conjunto de variáveis independentes ou predictoras, em que se incluem quer os valores (EVAT30), quer ainda os stressores, dados pessoais e profissionais.

Tendo presente as definições de cada um dos factores que integram estes instrumentos (EVAT30 e MBI) e as relações encontradas entre as diferentes variáveis, apresenta-se um conjunto de conclusões face a cada um dos factores do MBI.

Assim, o sentimento de um maior cansaço emocional – em que a pessoa tem a sensação que não consegue dar mais dela em termos afectivos e já não é capaz de assegurar a continuidade do serviço com a qualidade que a caracterizava, pois que já não dispõe da energia e dos recursos emocionais de outrora -, ao nível dos valores, está particularmente associado quer com um menor gosto por desafios, novidades, diversificação laboral, inovações que conduzam a uma maior eficácia laboral, formas de actualização para a eficiência, e demonstração de uma energia contagiante (abertura à mudança negativa), quer com uma maior procura do êxito e aparência de uma imagem de superioridade perante os outros - que se tentam ainda controlar e comandar -, e para a aquisição de bens ou serviços caros (autopromoção positiva), quer ainda com um carácter metódico, controlado, preocupado em ter dinheiro para os seus gastos pessoais e familiares, conformista e respeitador dos costumes, tradições, regras e procedimentos laborais que sempre funcionaram e são seguidas pelos outros (conservadorismo positivo). A regressão linear realizada suprimiu a aparente tendência que o cansaço emocional tinha ainda para se associar com uma menor preocupação com a defesa da justiça, igualdade de oportunidades, preocupação com o bem estar das pessoas, ajuda desinteressada, lealdade e honestidade para com a entidade empregadora e junto daqueles com que se trabalha (autotranscendência negativa), encontrada no cálculo do coeficiente de correlação de Spearman aquando do estudo de H01. Ao nível dos stressores, constata-se que uma maior taxa de doentes por enfermeiro contribui para elevar o esgotamento emocional, enquanto que ao nível dos dados pessoais se observa que a exaustão emocional aumenta nos profissionais com menos idade, e, finalmente, ao nível dos dados profissionais é a acumulação do tempo de serviço que conduz a um incremento do cansaço emocional.

Já a realização pessoal – que tem a ver com uma autoavaliação positiva, satisfação pessoal e profissional, sensação de competência e êxito profissional -, ao nível dos valores, é tanto maior quanto mais elevada fôr a tendência manifestada quer para a valorização do progresso do país e do bem estar de toda a gente em geral e daqueles com quem se trabalha em particular, para um comportamento de lealdade

institucional e lealdade e honestidade pessoais junto das pessoas com que se colabora no trabalho, e para a defesa de um tratamento justo e equitativo na concessão de oportunidades (autotranscendência positiva), quer para a acção e energia contagiante, para os desafios laborais e a preferência do que é novo e desconhecido, procurando, por um lado, novas actividades ou projectos que quebrem a monotonia e diversifiquem o trabalho realizado, e, por outro lado, novas formas de aperfeiçoar e tornar mais eficaz o trabalho que se produz, e para a actualização dos conhecimentos pela leitura ou frequência de cursos que conduzam a uma maior eficiência (abertura à mudança positiva), e tanto menor quanto mais reduzida fôr a tendência manifestada para a procura do êxito, sobressair, manter uma imagem de superioridade, dirigir os outros e adquirir bens ou serviços caros (autopromoção negativa). Ao nível dos stressores, salienta-se o facto de o sentimento de realização pessoal experimentado não depender do apoio organizacional, enquanto que ao nível dos dados profissionais se constata que a realização é maior nas categorias profissionais mais baixas.

Por último, no que se refere à despersonalização – que de um modo global se manifesta em atitudes negativas de insensibilidade e cinismo para com os clientes, colegas de trabalho e entidade patronal -, constata-se que ao nível dos valores este sentimento é respectivamente tanto mais intenso ou elevado, quer quanto maior a procura do êxito, da imagem de superioridade, do controlo e liderança das pessoas, da acumulação de bens e serviços caros (autopromoção positiva), quer quanto menor fôr a preocupação com um tratamento justo e concessão igual de oportunidades, com o bem estar e a ajuda desinteressada dos outros, com a lealdade e honestidade para com aqueles com que se trabalha e a entidade empregadora, e com o progresso do país (autotranscendência negativa), quer quanto maior for o carácter metódico, não inovador, conformista, tradicional, cumpridor e respeitador das regras e procedimentos vigentes, e mais orientado for o comportamento para o controlo pessoal sobre os seus impulsos, para a preservação da sua saúde e para a obtenção de dinheiro para cobrir os gastos pessoais e familiares (conservadorismo positivo), quer ainda quanto menor for o gosto pelos desafios, pelo que é novo e desconhecido, por actividades diversificadoras ou formas de tornar o trabalho mais eficaz e eficiente, e menor a energia transmitida aos outros (abertura à mudança negativa). Ao nível dos stressores, verifica-se que a despersonalização se eleva quer na relação com os doentes, quer perante uma maior taxa de doentes por enfermeiro, não sendo contudo influenciada pelo pouco tempo para as

tarefas. Já ao nível dos dados pessoais, observa-se que o sentimento de despersonalização aumenta nos profissionais do género masculino, e naqueles com um menor número de filhos.

9.4. Limitações do estudo

No que se refere à especificidade da população estudada e da amostra recolhida, interessa referir que a complexidade de um processo de amostragem à população teoricamente definida (profissionais de enfermagem a exercerem funções em Portugal continental), em que a opção ideal de uma amostragem aleatória (simples, estratificada, sistemática, por grupos ou multi-etapa) caracterizada pela probabilidade de cada elemento da população integrar a amostra ser igual para todos, face aos constrangimentos de ordem económica, levou a que se optasse por uma amostragem não aleatória, designada por accidental, casual ou conveniente, que na prática circunscreveu a aplicação dos questionários à proximidade geográfica da residência do investigador numa área até 500 km. Ou seja, muito embora a amostra constituída seja suficientemente ampla, não é possível a realização de uma inferência estatística ou generalização das conclusões obtidas para a população teórica definida com o rigor científico que seria desejado, pelo que as conclusões apresentadas indicarão apenas tendências que merecem ser investigadas em estudos posteriores.

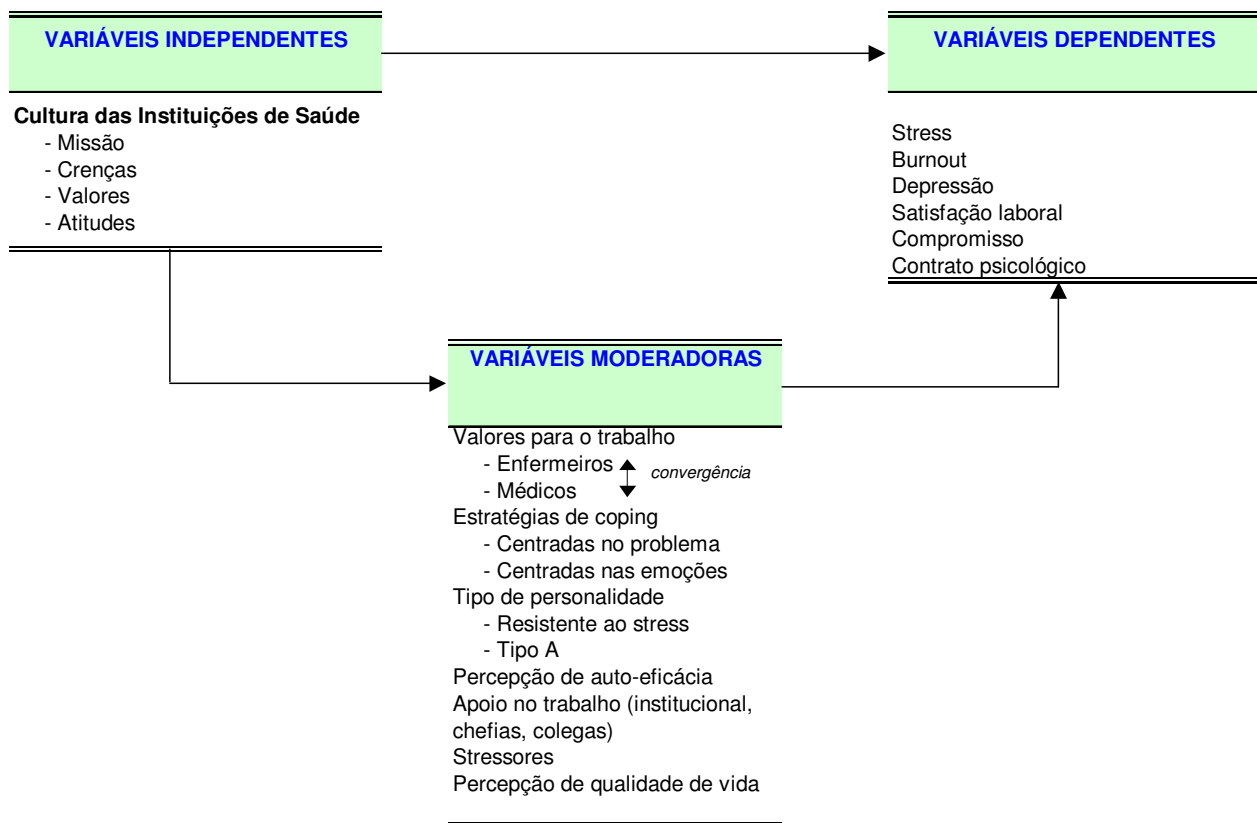
Já no que respeita à análise estatística dos dados com utilização do SPSS, utilizou-se o modelo de análise factorial clássico, enquanto técnica usada para o estudo exploratório dos dados com a intenção de analisar a estrutura de um conjunto de variáveis interrelacionadas, sendo que este estudo teria sido mais rigoroso sob o ponto de vista científico, caso se tivesse realizado uma análise factorial confirmatória. Por outro lado, uma vez que a análise factorial parte do pressuposto que as relações estruturais entre variáveis são uma consequência da existência de factores comuns latentes, teria também sido interessante proceder a uma análise de *clusters* – enquanto técnica exploratória de análise multivariada para agrupamento de variáveis em grupos homogéneos constituídos com base na partilha de pelo menos uma característica -, em que os agrupamentos de variáveis se faz com base em medidas de semelhança (proximidade) ou dissemelhança (distância), primeiro entre duas variáveis e

posteriormente entre dois *clusters* de observações, com o recurso de técnicas hierárquicas ou não hierárquicas de agrupamento de *clusters*.

9.5. Sugestões para futuras investigações

Futuramente, seria interessante, por um lado, procurar compreender a natureza das relações entre as diferentes variáveis que se apresentam como independentes, moderadoras e dependentes, no esquema da figura 60.

Figura 60 – Desenho metodológico de futuras investigações



Por outro lado, teria também um significado particular, na continuidade da revisão bibliográfica que se realizou, procurar saber se o grau de divergência dos valores pessoais com os valores organizacionais se traduz numa subida dos níveis de burnout, tal como referido na revisão bibliográfica apresentada por Bouckenooghe e cols. (2004), e, por outro lado, tentar compreender até que ponto é que os níveis de

stress e burnout são influenciados pela reestruturação dos serviços de saúde (Laschinger, 2004).

9.6. Aplicações do estudo no âmbito da enfermagem

Com base na revisão bibliográfica realizada, faz sentido distinguir os comportamentos individuais actuados para a gestão de situações stressantes, no que se refere à eficácia adaptativa das condutas centradas nos problemas ou nas emoções. Assim, deste modo temos:

1) Condutas adaptativas eficazes.

- Centradas no problema: planificar, organizar e priorizar as tarefas com lógica; procurar a melhor forma de abordar o problema; tomar medidas preventivas que antecipem obstáculos ou minimizem o problema; gerir eficazmente o tempo; implicar-se no trabalho; descansar ou distrair-se antes de voltar a abordar o problema; evitar que o problema tome conta de si.
- Centradas nas emoções: procurar falar sobre as preocupações e apoiar-se nos outros; descarregar as emoções; agir com sentido de humor; ocupar o tempo livre com actividades não laborais que lhe dêem prazer; aprender a conciliar o trabalho com a família, adoptar estilos de vida mais saudáveis.

2) Condutas adaptativas não eficazes.

- Centradas no problema: trabalhar mais e durante mais tempo e assim aumentar os erros e diminuir a qualidade do trabalho; não querer qualquer tipo de supervisão; não procurar outros pontos de vista ou a ajuda dos outros.
- Centradas nas emoções: chorar; gritar; adiar; esperar passivamente que a situação seja ultrapassada; alhear-se do problema; estipular metas e objectivos pouco realistas.

Em termos práticos, estas condutas adaptativas do indivíduo na sua relação com o trabalho, devem-se traduzir ainda nos seguintes aspectos:

- aperfeiçoamento quer das capacidades e recursos pessoais, quer do modo como estas são usadas por forma a responder às exigências laborais;
- desenvolvimento dos seus diferentes níveis de autoconsciência para um melhor autocontrolo emocional, particularmente nos contextos interpessoais em que inevitavelmente emergem processos de comparação social e, amiúde, se experimentam sentimentos de falta de equidade ou de forte competitividade;
- identificação e hierarquização das expectativas de êxito pessoal;
- reforço frequente dos sentimentos de autoconfiança, particularmente face a situações problemáticas;
- adequação das expectativas laborais ao contexto e cultura institucionais, com o objectivo de antecipar o impacto das transformações ao nível da saúde.

Reflectindo agora sobre as estratégias de coping que poderão ser actuadas com base no conhecimento das relações que se obtiveram no estudo das hipóteses e na regressão linear que se realizaram, faz sentido procurar desenvolver futuramente estratégias de coping adequadas, quer à especificidade das diferentes orientações axiológicas encontradas ao nível do indivíduo, quer ao grau de afastamento dos valores pessoais com os valores subjacentes à cultura organizacional em questão, com o objectivo de antecipar e minimizar a instalação do síndrome de burnout ao nível do indivíduo, e, por outro lado, reduzir os custos directos (absentismo, rotatividade, assiduidade, etc.) e indirectos (menor qualidade dos cuidados prestados e consequente afastamento do utente ou doente) que o burnout do pessoal de enfermagem tem para os diferentes sistemas de saúde.

É pois nesta perspectiva que seguidamente se apresentam algumas considerações acerca da minimização do burnout através do conhecimento dos valores para o trabalho, em que o burnout pode ser reduzido, seja por uma intervenção directa e preventiva sobre a sua sintomatologia, seja de um modo indirecto decorrente de uma actuação ao nível dos valores para o trabalho do sujeito.

9.6.1. Minimização do burnout através do conhecimento dos valores para o trabalho

Uma vez que se constatou que ao nível da enfermagem os valores para o trabalho têm um carácter preditivo face ao burnout, interessa não só compreender a responsabilidade individual de cada um dos valores avaliados pelo EVAT30 (autotranscendência, conservadorismo, autopromoção e abertura à mudança) sobre cada uma das dimensões do burnout medidas pelo MBI (cansaço emocional, desrealização e despersonalização), como também saber o que fazer em termos práticos relativamente a cada um destes cenários.

9.6.1.1. Intervenções ao nível do burnout

Apresenta-se de seguida a desconstrução da intervenção ao nível do burnout, em que se faz uma reflexão individualizada, quer em relação a cada uma das suas dimensões (cansaço emocional, desrealização e despersonalização), quer acerca dos tipos de valores que conduziram ao aumento de cada uma destas dimensões.

9.6.1.1.1. Ao nível do cansaço emocional

Perante um quadro sintomático de um maior cansaço emocional ou da sua possível instauração no decurso da prestação dos cuidados em enfermagem, a retoma da percepção de um exercício profissional de qualidade, passa necessariamente pela reconstrução dos recursos emocionais e energéticos destas pessoas.

Assim, num primeiro momento, começa-se por incentivar os profissionais de enfermagem com um maior cansaço emocional, quer a proporcionarem-se prazeres e gratificações tanto maiores quanto mais desgastantes tiverem sido os seus dias ou semanas (pelo início ou recomeço de pelo menos uma das actividades de lazer que se foram adiando precisamente pelo sentimento de uma diminuição da sua energia vital, tais como estar com os amigos, ler, passear, dançar, nadar, fazer hidroginástica, ir ao cinema ou ao teatro, bordar, etc.).

Posteriormente, conforme se pode inferir das considerações tecidas anteriormente, o cansaço emocional deve ser também trabalhado, não só na estimulação prioritária de uma maior abertura à mudança, como também na inibição de uma maior orientação para a autopromoção, e, em menor grau, no controlo de alguma tendência para o conservadorismo. Este trabalho deduz-se das propostas relativas a cada um dos quatro valores apresentada mais adiante.

9.6.1.1.2. Ao nível da realização pessoal

A fragilização da autoavaliação que se desenvolve num processo de desrealização pessoal, deve ser trabalhada no encontro de actividades promotoras de uma maior satisfação pessoal e profissional que se reflectam no incremento dos sentimentos de competência e êxito pessoal.

Numa primeira fase, o sentimento de desrealização pode ser repensado na priorização dos vários aspectos que integram cada uma das dimensões em que se deve alicerçar o projecto de vida de cada pessoa (familiar, pessoal e sócio-cultural). Neste sentido, tem que haver uma identificação prévia do que se está ou se pode fazer para a consecução de cada uma das dimensões enunciadas, seguida de uma tomada de consciência da prioridade que se está a atribuir a cada um destes aspectos e da prioridade que este realmente merece. Estes profissionais devem ser estimulados a ter um comportamento mais assertivo e orientado para a realização dos diferentes aspectos de cada uma das dimensões anteriormente referidas de acordo com a prioridade identificada, para que este processo se traduza ainda num maior conhecimento de si, das suas capacidades e limitações, e, consequentemente, se repercuta ainda numa aproximação do *self* real com o *self* idealizado.

No que se refere à relação encontrada com os valores, o sentimento de desrealização pessoal deve ser minorado, quer pelo reforço prioritário de uma maior orientação para a autotranscendência e ainda pela estimulação de uma maior autopromoção, quer pela inibição de alguma tendência para a autopromoção. O trabalho a realizar neste âmbito, infere-se também da articulação das propostas de intervenção apresentadas mais à frente em relação a cada um dos quatro tipos de valor.

9.6.1.1.3. Ao nível da despersonalização

A insensibilidade, frieza e cinismo que alguns profissionais de enfermagem actuam nas interações que estabelecem com os utentes, colegas e outras pessoas com que se cruzam no exercício das suas funções, constituem alguns dos aspectos a trabalhar no sentido do reencontro de uma atitude relacional mais positiva.

A retoma do equilíbrio destas pessoas, tem necessariamente que ser feita também no contacto com outras pessoas que lhes proporcionem o espaço e o tempo de que também elas precisam para verbalizarem tudo o que as incomoda, o que pode ser conseguido quer junto de grupos de discussão criados pelas instituições de saúde com esse mesmo propósito, quer no exterior pelo recurso a técnicos de saúde mental.

O sentimento de despersonalização deve ser minimizado no incentivo de uma maior autotranscendência, particularmente, mas também no reforço da abertura à mudança, havendo ainda que controlar a tendência para a autopromoção e algum conservadorismo que exista.

9.6.1.2. Intervenções ao nível dos valores para o trabalho

Este trabalho conclui que os valores para o trabalho têm um carácter preditivo sobre os níveis de burnout. Constatou-se que este síndrome é respectivamente influenciado por uma menor abertura à mudança (que influencia todas as dimensões do burnout), uma maior autopromoção (que se repercute também em todas as dimensões do burnout), uma menor autotranscendência (que influencia os sentimentos de desrealização e despersonalização) e um maior conservadorismo (que afecta a despersonalização e o cansaço emocional), pelo que se reveste de interesse a apresentação de uma reflexão acerca de uma intervenção ao nível dos valores para o trabalho, com o objectivo de minorar o burnout.

9.6.1.2.1. Incremento do valor abertura à mudança

Os profissionais com uma menor abertura à mudança devem-se motivar, quer a procurarem preencher a sua vida com experiências excitantes, diversificadas e novas,

que poderão comportar mesmo alguma aventura e risco comedidos (como a prática de actividades desportivas mais radicais com um grau de risco calculado e comedido), quer ainda a explorarem e a expressarem os seus pensamentos e acções de um modo livre, autónomo e criativo (desenhar, pintar, escrever, participar activamente em grupos de leitura ou discussão, fazer teatro, etc.).

9.6.1.2.2. Diminuição do valor autopromoção

Aqueles profissionais mais orientados para a sua autopromoção, devem procurar refrear aqueles comportamentos em que se tentam destacar face aos outros, seja pela procura do poder, reconhecimento e autoridade, seja pela sua orientação mais imediata e urgente para o sucesso, competência, ambição, influência e promoção do seu valor (tendências que podem ser minoradas pela prática de actividades colectivas de natureza física ou social, integração em projectos de solidariedade social, participação voluntária em organizações não governamentais, etc.).

9.6.1.2.3. Incremento do valor autotranscendência

O reforço e incentivo de comportamentos de ajuda desinteressada, compreensão, justiça social, harmonia e bem-estar de todos, benevolência, compromisso e fidelidade, deve ser procurado no desenvolvimento de exercícios de confiança – em que o sucesso da prova dependa da confiança e das relações interpessoais estabelecidas junto dos outros -, no contacto com a sua espiritualidade (rezando se católico, iniciando-se em técnicas mais esotéricas como o reiki, etc.), no equilíbrio físico e psíquico (caminhar na montanha ou junto do mar, fazer yoga, etc.).

9.6.1.2.4. Diminuição do valor conservadorismo

As pessoas mais conservadoras – que basicamente se caracterizam por uma maior tradição, conformismo e procura de segurança -, devem ser incentivadas quer a irem quebrando algumas regras e normas, quer a aprenderem a dizer que não, quer a serem mais espontâneas na expressão dos seus sentimentos e opiniões, quer a exporem-se socialmente mais, etc., pois só assim será possível romperem com o seu apego à

segurança e previsibilidade das rotinas. A estas pessoas deve ser proposto que todos os dias tentem fazer algo de modo diferente.

9.7. Aplicações do estudo no âmbito das instituições de saúde

As recentes transformações das instituições de saúde em Portugal, decorrentes do processo de globalização e das constantes alterações das políticas de saúde, em que o estado se demite cada vez mais das suas responsabilidades sociais no âmbito da saúde e da educação – embora aumente cada vez mais a carga fiscal de cada um dos seus contribuintes –, que assim tendem cada vez mais a ser transferidas para os municípios e a conduzirem a uma maior privatização dos sectores em que se alicerça toda uma nação, leva a que o doente que é utente do sistema nacional de saúde para que desconta, seja cada vez mais um cliente do sector privado a que interessa somente o pagamento dos serviços prestados com qualidade, seja através de seguros complementares de saúde, seja pela capacidade económica de cada uma destas pessoas.

É pois natural que a sobrevivência do sistema nacional de saúde, ao nível da responsabilidade individual de cada uma das instituições de saúde, passe pela exigência de uma qualidade cada vez maior dos serviços prestados, e pela selecção de profissionais com uma personalidade mais resistente ao stress e com um conjunto de valores próximo daquele configurado pela cultura da instituição, pelo que o processo de recrutamento e selecção dos novos profissionais de enfermagem será cada vez criterioso e rigoroso.

Não obstante, as instituições de saúde (públicas ou privadas) que queiram reduzir os custos que decorrem de um maior stress, burnout, e conflito axiológico do indivíduo face à instituição, têm que começar a preocupar-se com a actuação de um conjunto de procedimentos por forma a minorar o impacto destes aspectos, tais como:

- Imposição de metas e objectivos laborais realistas;
- Selecção dos profissionais de enfermagem com valores para o trabalho próximos daqueles preconizados pela instituição ou que decorrem da sua missão;

- Criação de meios de socialização e integração na cultura institucional aquando de uma nova admissão de pessoal;
- Formação e capacitação profissional orientada quer para as competências requeridas pela função, quer para as transformações sócio-político-económicas e culturais que ocorram e tenham repercussões ao nível laboral;
- Providenciação de condições que permitam promover a auto-eficácia e a realização pessoal;
- Envolvimento dos profissionais de enfermagem nos diferentes processos de tomada de decisão;
- Redesenho e redefinição das diferentes funções para evitar qualquer ambiguidade, conflito e sobreposição de tarefas;
- Optimização dos recursos humanos e materiais disponíveis e necessários;
- Gestão orientada para a antecipação de necessidades de recursos humanos e materiais;
- Criação de modelos de retroalimentação acerca, quer das necessidades sentidas nos diferentes serviços da estrutura hierárquica da instituição, quer dos níveis de satisfação dos profissionais de enfermagem, quer ainda da avaliação do desempenho de cada um;
- Estimação de tempos médios de intervenção por função, serviço e enfermaria, para adequação da carga laboral e do tempo de prestação de cuidados à especificidade da função, serviço e enfermaria;
- Instauração de um processo comunicacional claro e sem ambiguidades, transversal a toda a instituição e não unidireccional;
- Humanização dos serviços e cuidados prestados, através da criação de mecanismos de reconhecimento permanente dos serviços prestados pelos profissionais, por forma a promover o sentido existencial do trabalho que todos procuram;
- Reforço permanente quer da assertividade destes profissionais – para minorar as consequências do envolvimento afectivo com os doentes -, quer das competências sociais necessárias para o exercício das suas funções –

para assim minimizar os conflitos interpessoais com as chefias, colegas, utentes e seus familiares;

- Preocupação em compreender as motivações e expectativas de cada profissional ao nível de cada serviço, pois quanto mais elevadas estas forem, maior será a propensão para o burnout;
- Enriquecimento das funções ao nível da autonomia, diversidade e controlo.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Adler, M. (1970). *Time of our lives. The ethics of common sense*. New York: Holt, Rinehart & Winston.
- Adler, N. (1986). *International dimensions of organizational behavior*. Boston: Kent Publish Company.
- Aiken, L., Clarke, S., Sloane, D., Sochalski, J. e Silber, J. (2002). Hospital nurse staffing and patient mortality, nurse burnout, and job dissatisfaction. *Journal of the American Medical Association*, 288(16), 1987-1993.
- Allard, N. e Landry, S. (1998). À la découverte du modèle de Martha Rogers. *L'Infirmière du Québec*, 5(4), 29-33.
- Allmark, P. (1992). The ethical enterprise of nursing. *Journal of Advanced Nursing*, 17,16-20.
- Allport G. (1937). *Personality: A Psychological Interpretation*. New York: Holt.
- Allport G. (1954). *The nature of prejudice*. Cambridge: Addison-Wesley.
- Allport G. e Vernon, P. (1931). *A study of values*. Boston: Houghton-Mifflin.
- Allport, G. (1931). *Personality: A Psychological Interpretation*. New York: Holt.
- Allport, G., Vernon, P. e Lindzey, C. (1951). *A study of values*. (Edição revista). Boston: Houghton-Mifflin.
- Altun, I. (2002). Burnout and nurses' personal and Professional values. *Nursing ethics*, 9(3), 269-278.
- Altun, I. e Ersoy, N (1998). Professional and Personal Values of Nursing in Turkey. *Eubios Journal of Asian and International Bioethics*, 8(3), 72-75.
- Aluja, A. (1997). Burnout professional en maestros y su relación co indicadores de salud mental. *Boletín de Psicología*, 55, 47-61.
- Alwin, D. e Krosnick, J. (1985). The measurement of values in surveys: A comparison of ratings and rankings. *Public Opinion Quarterly*, 49, 535-552.
- American Association of Colleges of Nursing - AACN (1985). *Scope and standards for nurse administrators*. Washington: American Association of Colleges of Nursing Publishing.

- American Nurses Association – ANA (2001). *Code for nurses with interpretive statements*. Washington: American Nurses Publishing.
- Anahid, K. (2006). Improving Global Health Care Through Diversity. *Journal of Transcultural Nursing*, 7(4), 396-397.
- Anderson, J., Perry, J., Blue, C., Browne, A., Henderson, A., Khan, K. e cols. (2003). Rewriting cultural safety within the postcolonial and postnational feminist project: Toward new epistemologies of healing. *Advances in Nursing Science*, 26(3), 196-214.
- Apples, A. (1998). Estrés laboral, agotamiento y enfermedad. Em Buendía (Eds.), *Estrés laboral y salud*, 119-128. Madrid: Biblioteca Nueva.
- Arciniega, L. e González, L. (2000). Desarrollo y validación de la escala de valores hacia el trabajo EVAT30. *Revista de Psicología Social Aplicada*, 15(3), 281-296.
- Arciniega, L. e González, L. (2002). Valores individuales y valores corporativos percibidos: una aproximación empírica. *Revista de Psicología Social Aplicada*, 12 (1), 41-59.
- Arciniega, L. e González, L. (2005). Other-oriented values and job satisfaction. *Problems and Perspectives in Management*, 4, 128-132.
- Aroskar, M. (1995). Envisioning nursing as a moral community. *Nursing Outlook*, 43, 134-138.
- Ashforth, B. e Mael, F. (1989). Social identity theory and the organization. *Academy of Management Review*, 14, 20-39.
- Atance, J. (1997). Aspectos epidemiológicos del síndrome de burnout en personal sanitarios. *Revista Española de Salud Pública*, 71(3), 293-303.
- Austin, W. (2001a). Nursing ethics in an era of globalization. *Advances in Nursing Science*, 24(2), 1-18.
- Austin, W. (2001b). Using the human rights paradigm in health ethics: The problems and the possibilities. *Nursing Ethics*, 28, 183-195.
- Ayuso, J. e López, J. (1993). Síndrome de burnout y SIDA. *Cuadernos de Medicina Psicosomática*, 27, 42-46.

- Baba, V., Galperin, B. e Lituchy, T. (1999). Occupational mental health: a study of work-related depression among nurses in the Caribbean. *Internacional Journal of Nursing Studies*, 36, 163-169.
- Bakker, A., Schaufeli, W. (2000). Burnout contagion processes among teachers. *Journal of Applied Social Psychology*, 30(11), 2289-2308.
- Ball-Rokeach, S. e Loges, D. (1994). Choosing inequality: The correspondence between attitudes about race and the value of equality. *Journal of Social Issues*, 50, 9-18.
- Bandura, A. (1977). Self-efficacy: toward a unifying theory of behavioural change. *Psychological Review*, 84 1977, 191-215.
- Bandura, A. (1986). *Social foundations of thought and action*. Englewood Cliffs: Prentice-Hall.
- Bandura, A. (1987). *Pensamiento y acción: Fundamentos sociales*. Barcelona: Martínez Roca.
- Bandura, A. (1997). *Self-efficacy: The exercise of control*. New York: Freeman and Company.
- Barley, S. e Kunda, G. (1992). Design and Devotion: Surges of Rational and Normative. *Administrative Science Quarterly*, 37(3),363-399.
- Barley, S., Meyer, G. e Gash, D. (1988). Cultures of culture: academics, practitioners, and the pragmatics of normative control. *Administrative Science Quarterly*, 33, 24-60.
- Beardwood, B., Walters, V., Eyles, J. e French, S. (1999). Complaints against nurses: A reflection of "the new managerialism" and consumerism in health care? *Social Science & Medicine*, 48, 363-374.
- Beauchamp, T. e Childress J. (1994). *Principles of biomedical ethics* (4th Eds.). New York: Oxford University Press.
- Beckhard, R. (1969). *Organization Development. Strategies and Models*. Massachusetts: Reading.
- Beehr, T. e Bhagat, R. (1985). *Human stress and cognition in organizations*. New York: Oxford University Press.
- Bennis, W. (1969). *Organization Development*. Addison-Wesley: Reading/Mass.

- Bernal, J., Ventura, M., Sevillano, C., Cabero, S., Cortés, M., Blanch, I. e Andreu, J. (2006). Valores personales y profesionales en médicos de familia y su relación con el síndrome del *burnout*. *Anales de Psicología*, 22 (1), 45-51.
- Blondeau, D. (2002). Les valeurs de la profession infirmière d'hier à aujourd'hui. Em Goulet & Dallaire, (Eds.), *Les soins infirmiers vers de nouvelles perspectives*, 315-336. Boucherville, Québec: Gaëtan Morin Éditeur.
- Blythe, J., Baumann, A. e Giovannetti, P. (2001). Health policy and systems. Nurses' experiences of restructuring in three Ontario hospitals. *Journal of Nursing Scholarship*, 33(1), 61-68.
- Boittin, I., Lagoutte, M. e Lantz, M. (2002). Virginia Herderson: 1897-1996. Biographie et analyse de son oeuvre. *Recherche en soins infirmiers*, 68, 5-17.
- Bolon, D. (1997). Organizational citizenship behaviour among hospital employees: A multidimensional analysis involving job satisfaction and organizational commitment. *Hospital Health Service Administration*, 42(2), 221-241.
- Boore, J. (1981). *The physical science in nursing. Nursing science, in nursing practice*. London: Butterworths.
- Borges, L. (1999). A estrutura factorial dos atributos valorativos e descritivos do trabalho: um estudo empírico de aperfeiçoamento e validação de um questionário. *Estudos de Psicologia*, 4, 107-139.
- Borges, L., Argolo J., Pereira, A., Machado, E. e Silva, W. (2002). Burnout and organizational values: a comparative study in university hospitals. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 15 (1), 189-200.
- Bouckennooghe, D., Buelens, M., Fontaine, J. e Vanderheyden, K. (2004). *Running head: values, value conflict and stress. The prediction of stress by values and value conflict*. Paper provided by Vlerick Leuven Gent Management School in its series Vlerick Leuven Gent Management School Working Paper Series with number 2004/3.
- Boyle, A., Grap, M., Younger, J. e Thornby, D. (1991). Personality hardiness, ways of coping, social support and burnout in critical care nurses. *Journal of Advanced Nursing*, 16(7), 850-857.

- Brandstädter, J. (1989). Personal self-regulation of development: cross-sequential analysis of development-related control beliefs and emotions. *Developmental Psychology*, 25, 96-108.
- Brill, P. (1984). The need for an operational definition of burnout. *Family and community health*, 32(3), 580-586.
- Brissie, J., Hooverdempsey, K. e Bassler, O. (1988). Individual situational contributors to teacher burnout. *Journal of Educational Research*, 82(2), 106-112.
- Brondolo, E., Masheb, R., Stores, J., Stockhammer, T., Tunick, W., Melhado, E., Karlin, W., Schwartz, J., Harburg, E. e Contrada, R. (1998). Anger-related traits and response to interpersonal conflict among New York city traffic agents. *Journal of Applied Social Psychology*, 28(22), 2089-2118.
- Brunner, L. (1983). *Enfermería médico-quirúrgica*. Mexico: Interamericana.
- Burke, R. (1993). Stress, work and professional satisfaction and militancy among canadian physicians. *Journal of Organizational Behaviour*, 14, 459-472.
- Burke, R. (2001). Organizational values, work experiences and satisfactions among managerial and professional women. *Journal of Management Development*, 20, 346-353.
- Burke, R. e Deszca, E. (1986). Correlates of psychological burnout phases among police officers. *Human Relations*, 39(6), 487-501.
- Burke, R. e Greenglass, E. (1994). A longitudinal study of psychological burnout in teachers. *Human Relations*, 47(30), 1-15.
- Burke, R. e Greenglass, E. (1995). A longitudinal examination of the Cherniss model of Psychological burnout. *Social Science Medicine*, 40(10), 1357-1363.
- Burke, R. e Richardsen, A. (1991). Occupational stress and job satisfaction among physicians: sex differences. *Social Science Medicine*, 33 (10), 1179-1187.
- Büssing, A. e Glaser, J., (1999). Work stressors in nursing in the course of redesign: Implications for burnout and interactional stress. *European Journal of Work and Organizational Psychology*, 8, 401-426.
- Butler, G. e Vodanovich, S. (1992). The relationship between work values and normative and instrumental commitment. *Journal of Psychology*, 126, 139-146.

- Buunk, B. e Schaufeli, W. (1993). Social tolerance of working time scheduling in nursing. *Work and stress*, 10(3), 238-250.
- Byrne, B. (1993). The Maslach Burnout Inventory. Testing for factorial validity and invariance across elementary, intermediate and secondary teachers. *Journal of Occupational and Organizational Psychology*, 66(3), 197-212.
- Byrne, B. (1999). The nomological network of teacher burnout: A literature review and empirically validated model. Em Vandenberghe & Huberman (Eds.), *Understanding and preventing teacher burnout: A sourcebook of international research and practice*, 15-37. Cambridge: Cambridge University Press.
- Caballero, M., Bermejo, F., Nieto, R. e Caballero, F. (2001). Prevalencia y factores asociados al burnout en un área de salud. *Atención Primaria*, 27(5), 313-317.
- Cadiz, B., Juan, C., Rivero, A., Herce, C. e Achucarro, C. (1997). “Burnout” profesional, Un problema nuevo? Reflexiones sobre el concepto y su evaluación. *Revista de Psicología del Trabajo y de las Organizaciones*, 13 (1), 23-50.
- Calhoun, G. (1980). Hospitals are high stress employers. *Hospitals*, 54, (12), 171-176.
- Calhoun, G. (1980). Hospitals are high-stress employers. *Hospitals*, 54 (12), 171-176.
- Canadian Nursing Advisory Committee – CNAC (2002). Our Health, Our Future: Creating Quality Workplaces for Canadian Nurses. Final report. Ottawa: Author. Retirado em Abril 6 de 2006 de World Wide Web: http://www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/pubs/care-soins/2002-cnac-cccsi-final/index_e.html.
- Canales, M. e Bowers, B. (2001). Expanding conceptualization of culturally competent care. *Journal of Advanced Nursing*, 36(1), 102-111.
- Canales, M., Bowers, B. e Norton, S. (2000). Becoming part of a community: Teaching strategies of a Latina nursing faculty. *Nursing and Health Care Perspectives*, 21(5), 228-233.
- Cannon, W. (1935). Stresses and strains of homeostasis. *American Journal of Medical Science*, 189, p. 1-12,

- Capel, S., Sysley, B. e Desertrain, G. (1987). The relationship of role conflict and role ambiguity to burnout in high school basketball coaches. *Journal of Sport Psychology*, 9(2), 106-117.
- Caprara, G., Barbaranelli, C. e Borgogni, L. (1998). *BFQ. Cuestionario "Big Five". Manual*. Madrid: TEA.
- Cartwright, S. e Cooper, C. (1997). *Managing workplace stress*. California: SAGE Publications.
- Carver, C. e Scheier, M. (1988). A model of behavioral self-regulation: Translating intention into action. Em Berkowitz (Eds.), *Advances in experimental social psychology*, 21, 303-346. New York: Academic Press.
- Cebrià, J., Palma C., Ferrer, M. e Gutiérrez, I. (2004). El burnout es, probablemente también, una cuestión de valores. *Jano*, LXVI(1504), 56-57.
- Cebrià, J., Segura, J., Corbella, S., Sos, P., Comas, O., García, M., Rodríguez, C., Pardo, M. e Pérez, J. (2001). Rasgos de personalidad y burnout en médicos de familia. *Atención Primaria*, 7, 459-466.
- Chacón, F., Vecina, M., Barrón, A. e De Pául, M. (1999). Burnout en voluntarios que trabajan con pacientes de SIDA o cáncer. *Clínica y Salud*, 10(2), 137-150.
- Chartier, L. (1982). Le modèle de Dorothy Johson. *L'Infirmière Canadienne*, 24(4), 24-26.
- Chatman, J. (1989). Improving Interactional Organizational Research: A model of person-organization fit. *Academy of Management Review*, 14, 333-347.
- Chatman, J. (1991). Matching people and organizations: selection and socialization in public accounting firms. *Administrative Science Quarterly*, 36, 459-484.
- Cherniss, C. (1980). *Staff burnout : Job stress in the human services*. Beverly Hills: Sage.
- Cherniss, C. (1993). The role of professional self-efficacy in the etiology of burnout. Em Schaufeli, Maslach & Marek (Eds.), *Professional burnout : Recent developments in theory and research*, 135-149. London: Taylor & Francis.
- Chusmir, L., Koberg, C. e Mills, J. (2001). Male-Female differences in the association of Managerial Style and Personal Values. *The journal of Social Psychology*, 129(1), 2001.

- Codo, W. e Vasques-Menezes, I. (1999). O que é burnout? Em Codo (Eds.), *Educação: Carinho e trabalho*, 237-255. Rio de Janeiro: Vozes.
- Codo, W. e Vasques-Menezes, I. (2000). *Burnout*. São Paulo: Kingraf.
- Cody, W. (2003). Diversity and becoming: Implications of human existence as coexistence. *Nursing Science Quarterly*, 16, 195-200.
- Cohen, Y. (2000). *Profession infirmière: Une histoire des soins dans les hôpitaux du Québec*. Montréal, Québec: Les Presses de l'Université de Montréal.
- Comité Consultatif Canadien sur les Soins Infirmiers – CCCSI (2002). Notre santé, notre avenir : Un milieu de travail de qualité pour les infirmières canadiennes. Produit par le Comité consultatif des ressources humaines en santé de Santé Canada. Retirado em Julho 14 de 2005 de World Wide Web: http://www.hcsc.gc.ca/français/pour_vous/soins_infirmiers/cccsi.htm.
- Condom, E. (1992). Nursing and the caring metaphor: gender and political influence on an ethics of care. *Nursing Outlook*, 40, 14-19.
- Cooper, C. (1998). The future of work: a strategy for managing the pressures. *Journal of Applied Management Studies*, 7(2), 275-81.
- Corcoran, K. (1985). Measuring Burnout: A reliability and convergent validity study. *Journal of Social Behaviour and Personality*, 1, 107-112.
- Corcovan, K. (1985). Measuring burnout: A reliability and convergent validity study. *Journal of Social Behaviour and Personality*, 1(1), 107-112.
- Cordes, C. e Dougherty, T. (1993). A review and an integration of research on job burnout. *Academy of Management Review*, 18(4), 621-656.
- Corner, J. (2003). The role of nurse-led care management. *Lancet Oncology*, 4, 631-636.
- Cox, T. e Mackay, C. (1981). A transactional approach to occupational stress. Em Corlett & Richardson (Eds.), *Stress, work design and productivity*, 86-91. Chichester: Wiley & Sons.
- Cox, T., Kuk, G. e Leiter, M. (1993). Burnout, health, work stress, and organizational healthiness. Em Schaufeli, Maslach & Marek (Eds.), *Professional burnout : Recent developments in theory and research*, 177-193. London: Taylor & Francis.

- Da Silva, A., Pinto, A. e Lima, M. (1999). *Burnout profissional – um estudo realizado com professores portugueses*. Comunicação apresentada no Iº Simposium Ibérico do Síndrome de Burnout, realizado em Lisboa, na Universidade Lusofona, em Novembro de 1999.
- Dantzer, R. (1993). Coping with Stress. Em Stanford & Salmon (Eds.), *Stress. From synapse to syndrome*, 167-189. London: Academic.
- Davidoff, L. (1980). *Introduction to Psychology*. New York: McGraw-Hill.
- Davidson, S. (1999). Supporting nursing's essential values. *Oregon Nurse*, 64 (4), 3.
- Davis, A. (1999). Global influence of American Nursing: Some ethical issues. *Nursing Ethics: An International Journal for Health Care Professionals*, 6(2), 118-125.
- Davis, A., Aroskar, M., Liaschenko, J. e Drought, T. (1997). *Ethical dilemmas & nursing practice*. Stamford (4th Eds.): Appleton & Lange.
- Dawis, R. (1992). Vocational Interests, values and preferences. Em Dunette & Hough (Eds.), *Handbook of Industrial and Organizational Psychology*, 2, 833-871. New York: John Wiley and Sons.
- Dawis, R. V. (1994). The Theory of Work Adjustment as Convergent Theory. Em Savickas & Lent (Eds.), *Convergence in Career Development Theories*, 124-137. Palo Alto: Consulting Psychologists Press.
- Deary, I., Watson, R. e Hogston, R. (1996). A longitudinal cohort study of burnout and attrition in nursing students. *Journal of Advanced Nursing*, 43 (1), 71-81.
- Deci, E. e Ryan R. (1985). *Intrinsic motivation and self-determination in human behavior*. New York: Plenum Press.
- Delgado, C., Fuentes, J., Quevedo, P., Salgado, A., Cabaco, A., Sánchez, T., Sánchez, J. e Yela, J. (1993). El síndrome del Burnout. *Revista de Psicología del Salvador*, 48, 115-147.
- Demerouti, E., Bakker, A., Nachreiner, F. e Schaufeli, W. (2001). The job-demands-resources model of burnout. *Journal of applied psychology*, 86(3): 499-512.
- Deremo, D. (1989). Integrating professional values, quality protocol, productivity, and reimbursement for nursing. *Nursing Administration Quarterly*, 14, 9-23.

- Dignam, J., Barrera, M., e West, S. (1986). Occupational stress, social support, and burnout among correctional officers. *American Journal of Community Psychology*, 14(2), 177-193.
- Dolan, N. (1987). The relationship between burnout and job satisfaction in nurses. *Journal of Advanced Nursing*, 12, 3-12.
- Dolan, S. e Garcia, S. (1999). *La gestion par valeurs: une nouvelle culture pour les organisations*. Montréal, Québec: Éditions Nouvelles.
- Donaldson, S. e Crowley, D. (1978). The Discipline of Nursing. *Nursing Outlook*, 26, 12-120.
- Donaldson, S. e Crowley, D. (1978). The Discipline of Nursing. *Nursing Outlook*, 26, 112-120.
- Donnelly, P. (2000). Ethics and cross-cultural nursing. *Journal of transcultural nursing*, 2, 119-126.
- Doyal, L. e Cameron, A. (2000). Reshaping the NHS workforce. *British Medical Journal*, 320, 1023–1024. [PubMed]
- Duncan, S., Hyndman, K., Estabrooks, C., Hesketh, K., Humphrey, C. e Wong, J. (2001). Nurses' experience of violence in Alberta and British Columbia hospitals. *Canadian Journal of Nursing Research*, 32(4), 57-58.
- Dunn-Cane, K., Gonzalez, J. e Stewart, H. (1999). Managing the new generation. *Association of Perioperative Registered Nurses Journal*, 69(5), 930-940.
- Duquette, A. e Cara, C. (2000). Le caring et la santé des infirmières. *L'infirmière Canadienne*, 1, 10-11.
- Duquette, A., Kerouac, S., Sandhu, B., Ducharme, F. e Saulnier, P. (1995). Psychosocial Determinants of Burnout in Geriatric Nursing. *International Journal of Nursing Studies*, 32(5), 443-456.
- Durán, M., Extremera, N. e Rey, L. (2001). Burnout en profesionales de la enseñanza: Un estudio en Educación Primaria, Secundaria y Superior. *Revista de Psicología del Trabajo y de las Organizaciones*, 17(1), 45-62.
- Duxbury, M., Armstrong, G. e Drew, D. (1984). Burnout Correlates. *Nursing Research*, 33-97.

- Eagly, A. e Chaiken, S. (1993). *Psychology of Attitudes*. New York: Harcourt, Brace Jovanovich.
- Eastburg, M. C., Williamson, M., Gorsuch, R. e Ridley, C. (1994). Social support, personality, and burnout in nurses. *Journal of Applied Social Psychology*, 24(14), 1233-1250.
- Eddy, D. M., Elfrink, V., Weis, D. e Schank, M. (1994). Importance of professional nursing values: A national study of baccalaureate programs. *Journal of Nursing Education*, 33, 257-262.
- Edelwich, J. e Brodsky, A. (1980). *Burnout: Stages of Disillusionment in the Helping Professions*. New York: Human Sciences Press.
- Edge, R. e Groves, J. (1994). *The ethics of healthcare: A guide for clinical practice*. Albany: Delmar Publishers.
- Edwards, J., Caplan, R. e Van Harrison, R. (1998). Person-environment fit theory: conceptual foundations, empirical evidence, and directions for future research. Em Cooper (Eds.), *Theories of Organizational Stress*, 28-67. New York: Oxford University Press.
- Elizur, D. (1984). Facets of work values: A structural analysis of work outcomes. *Journal of Applied Psychology*, 69, 379-389.
- Elizur, D. (1991). Work and nonwork relations: The conical structure of work and home life relationship. *Journal of Organizational Behavior*, 12, 21-38.
- Elizur, D. e Sagie, A. (1999). Facets of personal values: A structural analysis of life and work values. *Applied Psychology: An International Review*, 48, 73-87.
- Elliot, J. e Smith, N. (1984). Burnout: a look at coping with stress. *School Library. Media Quarterly*, 12, 141-145.
- Emener, W., Luck, R. e Gohs, F. (1982). A theoretical investigation of the construct burnout. *Journal of Rehabilitation Administration*, 6(4), 188 - 197.
- Ensiedel, L. e Tully, J. (1981). Methodological considerations in studying the burnout phenomenon. Em Jones (Eds.), *The burnout syndrome: Current research, the ory and interventions*. Londres: Park Ridge III, London House.

- Enz, C. (1988). The Role of Value Congruity in Intraorganizational Power. *Administrative Science Quarterly*, 33, 284-304.
- Etzion, D. (1987). *Burnout: the hidden agenda of human distress*. Faculty of management, Tel-Aviv: Tel-Aviv University.
- Etzion, D. (1988). The experience of burnout and work/non work sucess in male and female engineers: A matched-pairs comparison. *Human Resource Management*, 27(2), 163-180.
- Etzion, D. e Pines, A. (1986). Sex and culture in burnout and coping among human service professionals: A social psychological perspective. *Journal of Cross-Cultural Psychology*, 17(2), 191-209.
- Fagermoen, M. (1997). Professional identity: values embedded in meaningful nursing practice. *Journal of advanced nursing*, 25(3), 434-441.
- Faithfull, S. e Hunt, G. (2005). Exploring nursing values in the development of a nurse-led service. *Nursing Ethics*, 12(5), 440-452.
- Farber, B. (1983). *Stress and Burnout in the Human Service Professions*. Pergamon, New York: General Psychology Press.
- Farber, B. (1984). Stress and burnout in suburban teachers. *Journal of Educational Research* , 77(6), 325-331.
- Farber, B. (1991). *Crisis in education. Stress and burnout in the american teacher*. San Francisco: Jossey-Bass Inc.
- Farber, S., Egnew, T., Herman-Bertsch, J., Taylor, T. e Guldin, G. (2003). Issues in end-of-life care: patient, caregiver, and clinician perceptions. *Journal of Palliative Medecine*, 6(1), 19-31.
- Fawcett, J. (1995). *Analysis and evaluation of conceptuels models of nursing* (3th edition). Philadelphie: Davis.
- Fawcett, J. (2003a). Theory and practice: A conversation with Marilyn E. Parker. *Nursing Science Quarterly*, 16, 131-136.
- Fayos, E. (1993). Frecuencia de burnout en deportistas jóvenes. Estudio exploratorio. *Revista de Psicología del Deporte*, 4, 55-63.

- Fayos, E., Soler, C. e Montalvo, C. (1997). *El síndrome de "burnout" y su evaluación: Una revisión de los principales instrumentos de medida*. Poster presentado en el I Congreso de la Asociación Española de Psicología Clínica y Psicopatología. Madrid.
- Fayos, E., Teruel, F. e Montalvo, C. (1993). *Burnout en deportistas y entrenadores. Un nuevo campo de investigación en psicología del deporte*. Poster presentado en el Congreso Mundial de Ciencias de la Actividad Física y el Deporte. Granada.
- Fazio, R. (1986). How do attitudes guide behavior? Em Sorrentino & Higgins (Eds.), *Handbook of motivation and cognition: Foundations of social behaviour*, 1, 204-243. New York: Guilford Press.
- Feather, N. (1990). Bridging the gap between values and action: recent applications of the expectancy-value model. Em Sorrentino & Higgins (Eds.), *Handbook of motivation and cognition: Foundations of social behaviour*, 2, 151-192. New York: Guilford Press.
- Feather, N. (1995). Values, valences, and choice: the influence of values on the perceived attractiveness and choice of alternatives. *Journal of Personality and Social Psychology*, 68, 1135-1151.
- Fennel, E. (1997). Depressão. Em Hawton, Salko-Vskis, Kirk & Clark (Eds), *Terapia cognitivo-comportamental para problemas psiquiátricos. Um guia prático*, 241-332. São Paulo: Martins Fontes.
- Fillion, L. e Saint-Laurent, L. (Maio de 2003). *Stresseurs liés au travail infirmier en soins palliatifs: l'importance du soutien organisationnel, professionnel et émotionnel*. Canadian Health Services Research Foundation (CHSRF). Fondation Canadienne de la Recherche sur les Services de Santé (FCRS).
- Firth, H., McIntee, J., McKeown, P. e Britton, P. (1985). Burnout, absence and turnover amongst British nursing staff. *Journal of Occupational Psychology*, 62 (1), 55-59.
- Firth, H., McKeown, P., McIntee, J., e Britton, P. (1987). Professional depression, burnout and personality in longstay nursing. *International Journal of Nursing Studies*, 24, 227-237.
- Fishbein, M. e Ajzen, I. (1975). *Belief, Attitude, Intention and Behaviour: An Introduction to Theory and Research*. Chichester: Addison-Wesley.

- Fisher, S. (1988). Life Stress, Control Strategies and the Risk of Disease: A Psychological Model. Em Ficher & Reason (Eds), *Handbook of Life Stress, Cognition and Health*, 581-602. Chichester: John Wiley and Sons.
- Fiske, A., Kitayma, S., Markus, H. e Nisbett, E. (1998). The cultural matrix of social psychology. Em Gilbert, Fiske & cols. (Eds.), *The handbook of social psychology*, 2, 915-981. Boston (4.^a ed): McGraw-Hill.
- Fournier, M. (1994). *Marcel Mauss*. Paris: Fayard.
- Fowles, D. (1992). Motivational approach to anxiety disorders. Em Forgays, Sosnowski e Wrzesniewski (Eds.), *Anxiety: Recent developments in cognitive, psychophysiological, and health research*, 181-192. Washington / Philadelphia / London: Hemisphere Publishing Corporation.
- Freedly, J. e Hobfoll, S. (1994). Stress inoculation for reduction burnout: A conservation of resources approach. Anxiety, Stress and Coping. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 6, 311-325.
- Freudenberger, H. (1974). Staff burnout. *Journal of Social Issues*, 30(1), 159-165.
- Freudenberger, H. (1975). The staff burn-out in alternative institutions. *Psychotherapy: Theory, research and practice*, 12(1), 73-82.
- Freudenberger, H. (1986). The issues of staff burnout in therapeutic communities. *Journal of Psychoactive Drugs*, 18(3), 247-251.
- Freudenberger, H. e Richelson, G. (1980). *Burnout: The-cost of achievement*. Garden City, New York: Doubleday and Company.
- Frew, D. e Bruning, N. (1987). Perceived organizational characteristics and personality measures as predictors of stress/strain in the work place. *Journal of Management*, 13, 633-646.
- Friedman, I. (1991). High and low burnout schools: School culture aspects of teacher burnout. *Journal of Educational Research*, 84(6), 325-333.
- Friedman, I. e Farber, B. (1992). Professional self-concept as a predictor of teacher burnout. *Journal of Educational Research*, 86 (1), 28-35.

- Frings, M. (2001). *The mind of Max Scheler: the first comprehensive guide based on the complete works*. Milwaukee (2nd Eds.): Marquette University Press.
- Fromm, E. (1959). Values, Psychology and Human Existence. Em Maslow & Sorokin (Eds.), *New Knowledge in Human Values*. New York: Harper & Brothers.
- Fry, S. (1989). Toward a theory of nursing ethics. *Advances in Nursing Science*, 13, 9-22.
- Fry, S. e Veatch, R. (2000). *Case studies in nursing ethics*. Sudbury, Mass (2nd Eds.): Jones and Bartlett Publishers.
- Fuehrer, A. e McGonagle, K. (1988). Individual and situational factors as predictors of burnout among resident assistants. *Journal of College Student Development*, 29(3), 244-249.
- Fuqua, R. e Couture, K. (1986). Burnout and locus of control in child day care staff. *Child Care Quarterly*, 15(2), 98-109.
- Gadow, S. (1980). Existential advocacy: Philosophical foundation of nursing. Em Specher & Gadow (Eds.), *Nursing: Images and ideals*. New York: Springer.
- Gaines, J., e Jermier, J. (1983). Emotional exhaustion in a high stress organizations. *Academy of Management Journal*, 26, 567-586.
- Gallego, E. e Rios, L. (1991). El síndrome de “Burnout” o el desgaste profesional. Revisión de Estudios. *Revista de la Asociación Española Neuropsiquiatria*, 11(39), 257-265.
- Ganster, D. e Schaubroeck, J. (1991). Work, stress and employee health. *Journal of Management*, 17, 235-271.
- García, M. (1995). Evaluación del burnout: estudio de la fiabilidad, estructura empírica y validez de la escala EPB. *Ansiedad y Estrés*, 2-3, 219-229.
- Garden, A. (1987). Despersonalization: A valid dimension of burnout? *Human Relations*, 40 (9), 545-560.
- Garden, A. (1989). Burnout: The effect of psychological type on research findings. *Journal of Occupational Psychology*, 62, 223-234.
- Garden, A. (1991). Relationship between burnout and performance. *Psychological Reports*, 68(3), 963-977.

- Gartner, W. (1990). To live: The obligation of individuality. *The Organizational Behavior Teaching Review*, 14 (2), 138-143.
- Gastmans, C. (1999). Challenges to nursing values in a changing nursing environment. *Nursing ethics*, 5(3), 236-245.
- Gilligan, C. (1982). *In a different voice*. Cambridge: Harvard University Press.
- Gil-Monte, P. (1991). Una nota sobre el concepto de “burnout”, sus dimensiones y estrategias de afrontamiento. *Informació Psicológica*, 46, 4-7.
- Gil-Monte, P. (2001). Falta de reciprocidad en los intercambios sociales como antecedente del “síndrome de quemarse por el trabajo” (burnout) en profesionales de enfermería: un estudio longitudinal. *Revista de Psicología Social Aplicada*, 1, 21-31.
- Gil-Monte, P. (2005). *El síndrome de quemarse por el trabajo (burnout): Una enfermedad laboral del bienestar*. Madrid: Ediciones Pirámide.
- Gil-Monte, P. e Peiró, J. (1995). Un estudio sobre antecedentes significativos del “síndrome de quemarse por el trabajo” (“burnout”) en trabajadores de centros ocupacionales para discapacitados psíquicos. *Revista de Psicología del Trabajo y de las organizaciones*, 12(1), 67-80.
- Gil-Monte, P. e Peiró, J. (1996). Un estudio sobre antecedentes significativos del "síndrome de quemarse en el trabajo" (burnout) en trabajadores de centros ocupacionales para discapacitados psíquicos. *Revista de Psicología del Trabajo y de las Organizaciones*, 12(1), 67-80.
- Gil-Monte, P. e Peiró, J. (1997). *Desgaste psíquico en el trabajo: El Síndrome de Quemarse*. Madrid: Editorial Síntesis.
- Gil-Monte, P. e Peiró, J. (1999). Validez factorial del Maslach Burnout Inventory en una muestra multiocupacional. *Psicothema*, 11(3), 679-689.
- Gil-Monte, P. e Schaufeli, W. (1991). Burnout en enfermería: Un estudio comparativo España-Holanda. *Revista de Psicología del Trabajo y de las Organizaciones*, 7(19), 121-130.
- Gil-Monte, P., Peiró, J. e Valcárcel, P. (1996). Influencia de las variables de carácter sociodemográfico sobre el síndrome de burnout: un estudio en una muestra de profesionales de enfermería. *Revista de Psicología Social Aplicada*, 6 (2), 43-63.

- Gil-Monte, P., Peiró, J. e Valcárcel, P. (1998). A model of burnout process development: An alternative from appraisal models of stress. *Comportamento Organizacional e Gestão*, 2 (2), 211-220.
- Glass, D., Mcknight, J. e Valdimarsdottir, H. (1993). Depression, burnout and perceptions of control in hospital nurses. *Journal of consulting and clinical psychology*, 61, 147-155.
- Goguelin, P. (1994). *Pour un management participatif – la méthode prado – tropiques*. Paris : Editions Hommes et Perspectives.
- Goldstein, K. (1959). Notes on the development of my concepts. *Journal of Individual Psychology*, 15, 5-14.
- Golembiewski, R. (1979). *Toward the responsive organization*. Salt Lake City: Brighton.
- Golembiewski, R. e Munzenrider, R. (1984a). Active and passive reactions to psychological burnout: Toward greater specificity in a phase model. *Journal of Health and Human Resources Administration*, 7, 264-268.
- Golembiewski, R. e Munzenrider, R. (1984b). Phases of psychological burnout and organizational covariants. *Journal of Health and Human Resources Administration*, 6, 290-323.
- Golembiewski, R. e Munzenrider, R. (1988). *Phases of burnout: Developments in concepts and applications*. New York: Praeger.
- Golembiewski, R., Boudreau, R., Goto, K. e Murati, T. (1993). Transnational perspectives on job burnout: Replication of phase model results among japanese respondents. *The International Journal of Organizational Analysis*, 1(1), 7-27.
- Golembiewski, R., Munzenrider, R. e Carter, D. (1983). Phases of progressive burnout and their work site covariants: Critical issues in OD research and praxis. *Journal of Applied Behavioral Science*, 19(4), 461-481.
- Golembiewski, R., Munzenrider, R. e Stevenson, J. (1986). *Stress in organizations: Toward a phase model of burnout*. New York: Praeger.
- Goodkin, K. e Visser, A. (2000). *Psychoneuroimmunology: Stress, mental disorder and Health*. Washington: American Psychiatric Press.

- Gordon, S. (1997). Using visual description to explore nursing values over time. *International Journal for Human Caring*, 1, 16-21.
- Gortner, S. (1990). Nursing values and science: Toward a science philosophy. *Image*, 22, 101-105.
- Gould, S. (1980). Need for achievement, career mobility, and the Mexican-American college graduation. *Journal of Vocational Behavior*, 16, 73-82.
- Gouveia, V. e Clemente, M. (2000). O individualismo-coletivismo no Brasil e na Espanha: correlatos sócio-demográficos. *Estudos de Psicologia*, 5, 317-346.
- Gouveia, V. e Ros, M. (2000). The Hofstede and Schwartz models for classifying individualism at the cultural level: Their relation to macro-social and macro-economic variables. *Psicothema*, 1, 25-33.
- Gouveia, V., Clemente, M., e Vidal, M. (1997). El Cuestionario de Valores de Schwartz (CVS): propuesta de adaptación en el formato de respuesta. *Revista de Psicología Social*, 13, 463-469.
- Gouveia, V., Martinez, E., Meira, M. e Milfont, T. (2001). A estrutura e o conteúdo universais dos valores humanos: análise fatorial confirmatória da tipologia de Schwartz. *Estudos de Psicologia*, 6, 133-142.
- Grantham, H. (1985). Le diagnostic différentiel el le traitement du syndrome d' épuisement professionnel (burn-out). *Annual Médical Psychologie*, 143 (8), 776-781.
- Gray-Toft, P. e Anderson, J. (1981). Stress among hospital nursing staff; its causes and effects. *Social Sciences Medicine*, 15, 639-647.
- Grebert, P. (1992). Les soignants s'épuisent... mais le burn-out exist-il? *Infirmiers Psychiatric*, 68(8), 803-808.
- Greenberg, J. (1987). *Comprehensive Stress Management*. Dubuque, Iowa: William Brown Publishers.
- Greenglass, E. (1991). Burnout and gender: Theoretical and organizational implications. *Canadian Psychology*, 32(4), 562-574.

- Greenglass, E., Burke, R. e Ondrack, M. (1990). A gender role perspective of coping and burnout. *Applied Psychology: An International Review*, 39(1), 5-27.
- Greenglass, E., Fiksenbaum, L. e Burke, R. (1994). The relationship between Social Support and Burnout Over Time in Teachers. *Journal of Social Behavior and Personality*, 9(2), 219-230.
- Greenglass, E., Pantony, K. e Burke, R. (1988). A gender role perspective on role conflict, work stress and social support. *Journal of Social Behavior and Personality*, 3, 317-328.
- Greenhaus, J., Callanan, G. e Godshalk, V. (2000). *Career management*. Orlando: Harcourt College Publishers.
- Grossi, G., Persky, A., Evengard, B., Blomkvist, V. e Orth-Gomér, K. (2003). Physiological correlates of burnout among women. *Journal of Psychosomatic Research*, 55, 309-316.
- Guerrero, E. e Vicente, F. (2001). *Síndrome de “burnout” o desgaste profesional y afrontamiento del estrés en el profesorado*. Extremadura: Servicio de publicaciones de la Universidad de Extremadura.
- Guy, M. (1990). *Guidelines for Making Ethical Decisions. Ethical Decision Making in Everyday Work Situations*. Westport: Greenwood Press.
- Hall, D. (1976). *Careers in Organizations*. Glenview: Scott.
- Harrison, W. (1983). A social competence model of burnout. Em Farber (Eds.), *Stress and burnout in the human services professions*, 29-39. New York: Pergamon Press.
- Harvey, J. (1961). *Conceptual and Personality Organization*. New York: Wiley and Sons.
- Heckhausen, J. e Schultz, R. (1995). A life-span theory of control. *Psychological Review*, 102, 284-304.
- Heiman, R. (2001). The ironic contradictions in the discourse on Generation X: Or how 'slackers' are saving capitalism. *Childhood: A Global Journal of Child Research*, 8(2), 275-292.
- Heller, B., Oros, M. e Durney-Crowlwy, J. (2000). The future of nursing education: 10 trends to watch. *Nursing and Health Care Perspectives*, 21(1), 9-13.

- Helliwell, T. (1981). Are you a potential burnout? *Training and Development Journal*, 35(10), 25-29.
- Hendel, T. e Steinman, M. (2002). Israeli nurse managers' organizational values in today's health care environment. *Nursing Ethics*, 9, 651-662.
- Hiscott, R. e Connop, P. (1989). Job stress and occupational burnout. Gender differences among mental health professionals. *Sociology and Social Research*, 74(1), 10-15.
- Hiscott, R. e Connop, P. (1990). The health and wellbeing of mental health professionals. *Canadian Journal of Public Health*, 81, 422-426.
- Hobbs, F. (1999) The Scale of Heart Failure: Diagnosis and Management Issues for Primary Care. *Heart*, 82 (IV), 8-10.
- Hobfoll, S. (1989). Conservation of resources: A new attempt at conceptualizing stress. *American Psychologist*, 44(3), 513-24.
- Hobfoll, S. e Freedy, J. (1993). Conservation of resources: A general stress theory applied to burnout. Em Schaufeli, Maslach e Marek (Eds.), *Professional burnout: Recent developments in theory and research*, 115-129. London: Taylor & Francis.
- Hofstede, G. (1980). *Culture's consequences*. Beverly Hills: Sage Publications.
- Hofstede, G. (1983). *Dimensions of national cultures in fifty countries and three regions*. Lisse Netherlands: Swets and Zeitlinger.
- Hofstede, G. (1984). *Culture's consequences: international differences in work-related values*. Beverly Hills, California: Sage Publications.
- Hofstede, G. (1991). *Cultures and organizations: Software of the mind*. Berkshire: McGraw Hill Book Company Europe.
- Hofstede, G. (2001). Culture's Recent Consequences: Using Dimension Scores in Theory and Research. *International Journal of Cross Cultural Management*, 1(1), 11-30.
- Holmes, T. e Rahe, R. (1967). The social readjustment rating scale. *Journal of Psychosomatic Research*, 11, 213-218.

- Holt, R. (1962). Individuality and generalization in the psychology of personality. *Journal of Personality*, 30 (3), 377–404.
- Huebner, E. (1993). Professionals under stress: A review of burnout among the helping professions with implications for schools psychologists. *Psychology in the Schools*, 30(1), 40-49.
- Hui, C. e Yee, C. (1994). The shortened individualism collectivism scale: Its relationship to demographic and work-related variables. *Journal of Research in Personality*, 28, 409-424.
- Hunt, G. (2002). The value of nursing. *Nursing Ethics*, 9, 340-341.
- Hunt, G. (2004). A sense of life: the future of industrial-style health care. *Nursing Ethics*, 11, 189-202.
- Hurrell, J., Nelson, D. e Simmons, B. (1998). Measuring job stressors and strains: Where we have been, where we are, and where we need to go. *Journal of occupational health psychology*, 3(4), 368-389.
- Hyland, D. (2002). An exploration of the relationship between patient autonomy and patient advocacy: Implications for nursing practice. *Nursing Ethics*, 9, 472-482.
- Iacovides, A., Fountoulakis, K., Kaprinis, S. e Kaprinis, G. (2003). The relationship between job stress, burnout and clinical depression. *Journal of Affective Disorders*, 75, 209-221.
- Inglehart, R. (1971). The silent revolution in Europe: Intergenerational change in post-industrial societies. *American Political Sciences Review*, 65, 991-1017.
- Inglehart, R. (1977). *The silent revolution*. Princeton, New Jersey: Princeton University Press.
- Inglehart, R. (1990). *Culture shift in advanced industrial society*. Princeton, New Jersey: Princeton University Press.
- Inkeles, A. e Levinson, D. (1969). National Character: The Study of Modal Personality and Sociocultural Systems. Cambridge,: Addison-Wesley.
- Isenalumhe, A. (2000). Nurses are not their sisters' keepers. *Journal Nursing Administration*, 30(2), 52-57.

- Izquierdo, M. (1991). Burnout en professionals de enfermería de centros hospitalarios. *Revista de Psicología des Trabajo y de las Organizaciones*, 7 (18), 3-12.
- Izquierdo, M., Castellón, M., Albadalejo, B. e García, A. (1993). Relaciones entre burnout, ambigüedad de rol y satisfacción laboral en personal de banca. *Psicología del Trabajo y Organizaciones*, 11(24), 17-26.
- Izraeli, D. (1988). Burning out in medicine: A comparison of husband and wives in dual career couples. *Journal of Social Behaviour and Personality*, 3(4), 329-346.
- Jackson, S. e Malasch, C. (1982). After-effects of job-related stress: Families and victims. *Journal of Occupational Behavior*, 3, 63-77.
- Jackson, S. e Schuler, R. (1983). Preventing employee burnout. *Personnel*, 60(2), 58-68.
- Jackson, S., Schwab, R. e Schuler, R. (1986). Toward understanding of the burnout phenomenon. *Journal of Applied Psychology*, 71, 630-640.
- Jaffe, D. (1995). The Healthy Company: Research Paradigms for Personal and Organizational Health. Em Sauter & Murphy (Eds.), *Organization risk factors for job stress*. Washington: American Psychological Association.
- Jaquacs, G. e Codo, W. (2002). *Saúde mental e trabalho*. Petrópolis: Editora Vozes.
- Jarayaratne, S. e Chess, W. (1983). The effects of emotional support on perceived job stress and strain. *Journal of Applied Behavioral Science*, 20, 141-153.
- Johnson, B. e Palmela, B. (2001). *An introduction to theory and reasoning in Nursing*. Lippincott (Eds).
- Johnson, M. (1999). Change in Job Values: The Socializing Influence of Experiences in Adulthood [dissertation]. Minneapolis: University of Minnesota; Dissertation Abstracts International, 60(6A), 2231.
- Joiner, T. (2001). The influence of national culture and organizational culture alignment on job stress and performance. Evidence from Greece. *Journal of Managerial Psychology*, 16, 229-242.
- Kabanoff, B., Waldersee, R. e Cohen, M. (1995). Espoused values and organizational change themes. *Academy of Management Journal*, 38, 1075-1104.

- Kagitçibasi, Ç. (1997). Individualism and collectivism. Em Berry, Segall & Kagitçibasi (Eds.), *Handbook of cross-cultural psychology*, 3. Boston: Allyn and Bacon.
- Kahhill, S. (1988). Symptoms of burnout: A review of the empirical evidence. *Canadian Psychology*, 29, 284-297.
- Kalliath, T., O'Driscoll, M., Gillespie, D. e Bluedorn, A. (1999). A test of the Maslach Burnout Inventory in three samples of healthcare professionals. *Work and Stress*, 14(1), 35-50.
- Kamis, E. (1982). An epidemiological analysis to staff burnout. Em Jones (Eds.), *The burnout syndrome: Current research, theory, interventions*, 54-67. Park Ridge, Illinois: London House Press.
- Kandolin, I. (1993). Burnout of female nurses in shiftwork. *Ergonomics*, 36 (1-3), 141-147.
- Kanter, R. (1977). *Men and women of the corporation*. New York: Basic Books.
- Karaseck, R. (1993). Demand/ Control model: A social, emotional and physiological approach to stress risk and active behaviour development. Em Stellman (Eds), *Encyclopaedia of occupational health and safety*. Geneva: International Labour Office.
- Karger, H. (1981). Burnout as alienation. *Social Service Review*, 55(2), 270-283.
- Karp, H. e Sirias, D. (2001). Generational conflict: A new paradigm for teams of the 21st century. *Gestalt Review*, 5(2), 71-87.
- Keidel, G. (2002). Burnout and compassion fatigue among hospice caregivers. *A Journal Hospital Palliative Care*, 19(3), 200-205.
- Kelly, B. (1991). The professional values of English nursing undergraduates. *Journal of Advanced Nursing*, 16, 867-872.
- Kenny, G. (2002). The importance of nursing values in interprofessional collaboration. *British Journal of Nursing*, 11, 65-68.
- Keyser, V. e Hansez, I. (1996). Vers une perspective transactionnelle du stress au travail : pistes d'évaluations méthodologiques. *Cahiers de Médecine du Travail*, 33 (3), 133-144.
- Kiecolt-Glaser, J., McGuire, L., Robles, T. e Glaser, R. (2002). Psychoneuroimmunology and Psychosomatic Medicine: Back to the Future. *Psychosomatic Medicine*, 64(1), 15-28.

- Kikuchi, J. (1996). Multicultural ethics in nursing education: A potential threat to responsible practice. *Journal of Professional Nursing*, 12(3), 159-165.
- Kikuchi, J. (2005). Cultural Theories of Nursing Pesponsive to Human Needs and Values. *Journal of Nursing Scholarship*, 37, 302-401.
- King, P. (1993). A teaching strategy for identifying values: a clinical experience with the homeless. *Nurse Educator*, 18, 17-20.
- Kleiber, D. e Enzmann, D. (1990). *Burnout: 15 years of research. An international bibliography*. Göttinger: Hogrefe.
- Kluckhohn, C. (1951). Values and value orientations in the theory of action. Em Parsons & Shils (Eds). *Toward a general theory of action*, 388-433. Cambridge, Massachusetts: Harvard University Press.
- Knoop, R. (1993). Work Values and job satisfaction. *The Journal of Psychology*, 128, 683-690.
- Knoop, R. (1994a). Work values and job satisfaction. *Journal of Psychology*, 128, 683-690.
- Knoop, R. (1994b). Relieving stress through value rich work. *Journal of Social Psychology*, 134, 829-836.
- Kobasa, S., Maddi, S. e Courington, S. (1981). Personality and constitution as mediators in the stress-illness relationship. *Journal of Health and Social Behaviour*, 22, 368-378.
- Kobasa, S., Maddi, S. e Kahn, S. (1982). Hardiness and health: A prospective study. *Journal of Personality and Social Psychology*, 42(1), 168-177.
- Koerner G. (1993). Congruency between nurse's values and job requirements: A call for integrity. *Holistic Nursing Practice*, 10(2), 69-77.
- Kohn, M. e Schooler, C. (1983). *Work and Personality*. New Jersey: Ablex Publishing Corporation.
- Kolasa, B. (1978). *Ciência do comportamento na administração*. Rio de Janeiro: Livros Técnicos e Científicos.
- Kotter, J. e Heskett, J. (1995). *Cultura de empresa y rentabilidad*. Madrid: Dias de Santos.

- Kramer, M. (1974). *Reality shock. Why nurses leave nursing*. St-Louis: Mosby Company.
- Kremer, L. e Hofman, J. (1985). Teacher' professional identity and burnout. *Research in Education*, 34, 89-95.
- Kunz, D. (1995). *Spiritual healing*. Wheaton: Quest books.
- Kupperschmidt, B. (1998). Understanding Generation X employees. *Journal Nursing Administration*, 28(12), 36-43.
- Kushnir, T. e Melamed, S. (1992). The Gulf War and its impact on burnout and wellbeing of working civilians. *Psychology Medicine*, 22(4), 987-995.
- Lage, I. (2005). Cuidar em Enfermagem: Percepções dos alunos. *Revista Investigação em Enfermagem*, 12, 35-39.
- Langemo, D. (1990). Impact of work stress on female nurse educators. *Journal of Nursing Scholarship*, 22, 159-162.
- Laschinger, H. (2004). Hospital nurses' perceptions of respect and organizational justice. *Journal of Nursing Administration*, 34, 354-364.
- Layman, E. e Guyden, J. (1997). Reducing your risk of burnout. *Health Care Supervisor*, 15(3), 57-69.
- Lazarus, R. (1966). *Psychological stress and the coping process*. New York: McGraw Hill.
- Lazarus, R. e Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. New York: Springer.
- LeCroy, C. e Rank, M. (1986). Factors associated with burnout in the services: An exploratory study. *Journal of Social Service Research*, 10(1), 23-39.
- Lee, R. e Ashforth, B. (1993a). A further examination of managerial burnout: Toward an integrated model. *Journal of Organizational Behaviour*, 14, 3-20.
- Lee, R. e Ashforth, B. (1993b). A longitudinal study of burnout among supervisors and managers: Comparisons between the Leiter and Maslach (1988) and Golembiewski et al. (1986) models. *Organizational Behaviour and Human Decision Processes*, 54, 369-398.

- Lee, R. e Ashforth, B. (1996). A meta-analytic examination of the correlates of the three dimensions of job burnout. *Journal of Applied Psychology*, 81(2), 123-133.
- Lee, R., e Ashforth, B. (1990). On the meaning of Maslach's three dimensions of burnout. *Journal of Applied Psychology*, 75(6), 743-747.
- Leininger, M. (1996). Culture care theory, research and practice. *Nursing Science Quarterly*, 9(2), 71-78.
- Leiter, M. (1988a). Burnout as a function of communication patterns: A study of a multidisciplinary mental health team. *Group and Organisation Studies*, 13(1), 111-128.
- Leiter, M. (1988b). Commitment as a function of stress reactions among nurses: A model of psychological evaluations of work settings. *Canadian Journal of Community Mental Health*, 7, 117-134.
- Leiter, M. (1989a). Conceptual implications of two models of burnout: A response to Golembiewski. *Group and Organization Studies*, 14(1), 15-22.
- Leiter, M. (1989b). *Implications for personal control of psychological environments*. Symposium presented at the Annual Convention of the Canadian Psychological Association. Halifax.
- Leiter, M. (1990). The impact of family resources, control coping, and skill utilization on the development of burnout: A longitudinal study. *Human Relations*, 43(11), 1067-1083.
- Leiter, M. (1991a). Coping patterns as predictors of burnout: The function of control and escapist coping patterns. *Journal of Organizational Behaviour*, 12(2), 123-144.
- Leiter, M. (1991b). The dream denied: Professional burnout and the constraints of human service organizations. *Canadian Psychology*, 32(4), 547-558.
- Leiter, M. (1992). Burnout as a crisis in self-efficacy conceptual and practical implications. *Work and Stress*, 6(2), 107-116.
- Leiter, M. (2001). What have we learned about burnout and health. *Psychology and Health*, 16, 607-611.
- Leiter, M. e Durup, J. (1994). The discriminant validity of burnout and depression: An confirmatory factor analytic study. *Anxiety, Stress and Coping*, 7, 357-373.

- Leiter, M. e Harvie, P. (1996). Burnout among mental health workers: A review and research agenda. *An International Journal of Social Psychiatry*, 42 (2), 90-111.
- Leiter, M. e Schaufeli, W. (1996). *Consistency of the burnout construct across occupations*. Amsterdam: Overseas Publishers Association.
- Leiter, M. P., y Maslach, C. (1988). The impact of interpersonal environment on burnout and organizational commitment. *Journal of Organizational Behavior*, 9, 297-308.
- Leiter, M., Clark, D. e Durup, J. (1994). Distinct models of burnout and commitment among men and women in the military. *Journal of Applied Behavioural Science*, 30(1), 63-82.
- Lemkau, J., Purdy, R., Rafferty, J. e Rudisill, J. (1988). Correlates of burnout among family practice residents. *Journal of Medical Education*, 63(9), 682-691.
- Levi, L. (1998). Stress in organizations – theoretical and empirical approaches. Em Cooper (Eds), *Theories of organizational stress*. New York: Oxford University Press.
- Levi, L., e Levi, I. (2000). *Guidance on work related-stress, Spice of Life or Kiss of Death?* Luxembourg: Office for Official Publications of the European Committee.
- Lévi-Strauss, C. e Eribon, D. (1988). *De près et de loin*. Paris: Plon.
- Lindstorm, K. (1992). Work Organization and well-being of finnish health care personnel. *Scandinavian Journal of Work Environment and Health*, 18 (2), 90-93.
- Ludwick, R. e Silva, M. (2000). Nursing Around the World: Cultural Values and Ethical Conflicts. *Online Journal of Issues in Nursing*. Retirado em 2 de Abril de 2005 de World Wide Web: http://www.nursingworld.org/ojin/ethicol/ethics_4.htm.
- Lusk, E. e Olivier, B. (1974). American managers' personal values systems revisited. *Academy of Management Journal*, 17, 549-554.
- Lützén, K. (1990). Moral sensing and ideological conflict: aspects of the therapeutic relationship in psychiatric nursing. *Scandinavian Journal Caring Sciences*, 4, 69-76.
- Luzón, M., Martínez, J. e Salguero, A. (2004). Values toward the infirmary personnel's work: a descriptive analysis. *Index de Enfermería*, 13(44), 9-13. [online]. Retirado em 28 de Junho de 2006 de World Wide Web: <http://www.scielo.isciii.es/scielo.php?script=Sciarttex&pid=S113212962004000100002&Ing=en&nrm=iso>.

- Luzón, M., Martínez, J. e Salguero, A. (2004). Values toward the infirmiry personnel's work: a descriptive analysis. *Index de Enfermería*, 13(44), 9-13. [online]. Retirado em 28 de Junho de 2006 de World Wide Web: <http://www.scielo.isciii.es/scielo.php?script=sciarttex&pid=S113212962004000100002&Ing=en&nrm=iso>.ISSN 1132-1296.
- MacClelland, D. (1961). *The Achieving Society*. Princeton: Van Nostram.
- MacClelland, D. (1987). *Social Motivation*. New York: Cambridge University Press
- Mackay, C. e Cooper, C. (1987). Occupational stress and health: some current issues. Em Cooper e Robertson (Eds.). *International Review of Industrial and Organizational Psychology*, 167-199. New York: Wiley.
- Maher, E. (1983). Burnout and commitment. A theoretical alternative. *Personnel and Guidance Journal*, 61(7), 390-393.
- Maierhofer, I., Kabanoff, B. e Griffin, A. (2002). The influence of values in organizations: linking values and outcomes at multiple levels of analysis. Em Cooper & Robertson (Eds.), *International Review and Organizational Psychology*, 217-263. New York: John Wiley and Sons.
- Maierhofer, N., Kabanoff, B., e Griffin, M. (2002). *International Review of Industrial and Organizational Psychology*, 17(7), 217-249.
- Maio, G. e Olson, J. (1994). Value-attitude-behaviour relations: The moderating role of attitude functions. *British Journal of Social Psychology*, 33, 301-312.
- Maio, G., Roese, N., Seligman, C. e Katz, A. (1996). Rankings, ratings, and the measurement of values: Evidence for the superior validity of ratings. *Basic and Applied Social Psychology*, 18, 171-181.
- Marino, P. (1998). The effects of cumulative grief in the nurse. *Journal Intraven Nursing*, 21(2), 101-104.
- Markus, H. e Kitayama, S. (1991). Culture and the self: Implications for cognition, emotion and motivation. *Psychology Review*, 98, 224-253.
- Maroco, J. (2007). *Análise estatística com utilização do SPSS*. Lisboa: Edições Sílabo.

- Martin, B. (2002). Promoting balance between personal health and professional responsibility. *Chart*, 99(5), 4-5.
- Martin, J. (1992). *Culture in Organizations: three perspectives*. New York: Oxford University Press.
- Martin, M. (1982). Burnout: Fact or fad? *Psychosomatics*, 23, 461.
- Martín, M., Viñas, J. e Pérez, J. (1996). *Valoración del burnout en personal de enfermería*. Comunicación presentada en el I Congreso de la Sociedad Española para el estudio de la Ansiedad y el Estrés. Benidorm.
- Maslach, C. (1976). Burned-out. *Human Behaviour*, 16-22.
- Maslach, C. (1978). Job burnout. How people cope. *Public Welfare*, 36(2), 56-59.
- Maslach, C. (1982). Burnout: A social psychological analysis. Em Jones (Eds.), *The burnout syndrome: Current research, theory, interventions*. London: Park Ridge, London House.
- Maslach, C. (1993). Burnout: A multidimensional perspective. Em Schaufeli, Maslach & Marek (Orgs.), *Professional burnout: Recent developments in theory and research*, 19-32. Washington: Taylor & Francis.
- Maslach, C. (1994). Stress, Burnout, and Workaholism. Em Kilburg, Nathan & Thoreson, *Professionals in Distress: Issues, Syndromes, and Solutions in Psychology*, 53-75. Washington: American Psychological Association.
- Maslach, C. e Goldberg, J. (1998). Prevention of burnout: new perspectives. *Applied and Preventive Psychology*, 7, 63-74.
- Maslach, C. e Goldberg, J. (1998). Prevention of burnout: new perspectives. *Applied and Preventive Psychology*, 7, 63-74.
- Maslach, C. e Jackson, S. (1979). Burned-out cops and their families. *Psychology Today*, 12(2), 59-62.
- Maslach, C. e Jackson, S. (1981). *Maslach Burnout Inventory Manual*. Palo Alto, California: Consulting Psychologists Press.

- Maslach, C. e Jackson, S. (1982). Burnout in health professions: A social psychological analysis. Em Sanders e Suls (Eds.), *Social psychology of health and illness*. Hillsdale: LEA.
- Maslach, C. e Jackson, S. (1984). Burnout in organizational setting. *Applied Social Psychology Annual*, 5, 133-154.
- Maslach, C. e Jackson, S. (1985). The role of sex and family variables in burnout. *Sex Roles*, 12(7-8), 837-851.
- Maslach, C. e Jackson, S. (1986). *Maslach Burnout Inventory Manual* (2nd eds). Palo Alto, California: Consulting Psychology Press.
- Maslach, C. e Leiter, M. (1988). The impact of interpersonal environment on commitment. *Journal of Organizational Behaviour*, 9, 297-308.
- Maslach, C. e Leiter, M. (1997). *The truth about burnout: How organizations cause personal stress and what to do about it*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Maslach, C. e Leiter, M. (1999). *Trabalho: fonte de prazer ou desgaste?* Campinas: Papirus.
- Maslach, C. e Pines, A. (1977). The burn-out syndrome in the day care setting. *Child Care Quarterly*, 6, 100-113.
- Maslach, C., Jackson, S. e Leiter, M. (1996). *Maslach Burnout Inventory Manual* (3rd eds). Palo Alto, California: Consulting Psychology Press.
- Maslach, C., Schaufeli, W. e Leiter, M. (2001). Job Burnout. *Annual Review of Psychology*, 52, 397-422.
- Maslow, A. (1959). Psychological data and values theory. Em Maslow & Sorokin (Eds.), *New Knowledge in Human Values*. New York: Harper & Brothers.
- Maslow, A. (1954). *Motivation and Personality*. New York: Harper and Row.
- McIntyre, T. (1984). The relationship between locus of control and teacher burnout. *The British Journal of Educational Psychology*, 54(2), 235-238.
- McIntyre, T. (1994). *Le Domaine de la Psychologie Sociale*. Paris: Presses Universitaires de France.

- McNeese-Smith, D. (1997). The Influence of Manager Behavior on Nurses' Job Satisfaction, Productivity, and Commitment. *Journal of Nursing Administration*, 27(9), 47-55.
- McNeese-Smith, D. (2000). Job stages of entry, mastery and disengagement among nurses. *Journal of Nursing Administration*, 30, 140-147.
- McNeese-Smith, D. e Crook, M. (2003). Nursing values and a changing nurse workforce. *JONA*, 33(5), 260-270.
- McNeese-Smith, D. e Van Servellen, G. (2000). Age, developmental, and job stage influences on nurse outcomes. *Outcomes Manage Nursing Practice*, 4 (2), 97-103.
- McWilliam, C. (1993). The challenging experience of palliative care support-team nursing. *Oncology Nursing Forum*, 20 (5), 779-85.
- Meglino, B., Ravlin, E. e Adkins, C. (1989). A work values approach to corporate culture: A field test of the value congruence process and its relationship to individual outcomes. *Journal of Applied Psychology*, 74, 424-432.
- Meier, D. (2001). The inner life of physicians and care of the seriously ill. *Journal of the American Medical Association*, 286 (23), 3007-14.
- Meier, P. (1988). Bottle and breastfeeding: Effects on transcutaneous oxygen pressure and temperature in preterm infants. *Nursing Research*, 37, 36-41.
- Meier, S. (1984). The construct validity of burnout. *Journal of Occupational Psychology*, 57, 211 - 219.
- Melia, K. (1987). *Learning and Working. The Occupational Socialization of Nurses*. London: Tavistock (Eds.).
- Merín, J., Cano, A. e Miguel, J. (1995). El estrés laboral: Bases teóricas y marco de intervención. *Ansiedad y Estrés*, 1(2-3), 113-130.
- Meyer, J., Allen, N. e Smith, C. (1993). Commitment to organizations and occupations: extension and test of a three-component conceptualization. *Journal of Applied Psychology*, 78, 4, 538-51.
- Miles, R. e Snow, C. (1978). *Organization Strategy and Process*. New York: McGraw-Hill.

- Miller, K., Birkholt, M., Scott, C. e Stage, C. (1995). Empathy and burnout in human service work: An extension of a communication model. *Communication Research*, 22(2), 123-147.
- Mills A, Blaesing S. (2000). A lesson learned from the last nursing shortage. *Journal Nursing Administration*, 30, 309-315.
- Mingote, J. (1998). Síndrome burnout o síndrome de desgaste profesional. *Formación Médica Continuada*, 5(8), 493.
- Mintzberg, H. (1979). *The Structuring of Organizations*. Englewood Cliffs, New Jersey: Prentice-Hall.
- Mitchell, A. (1983). *The nine American life styles*. New York: Warner.
- Moreno, B. e Olivier, C. (1993). El MBI como escala de estrés en profesiones asistenciales: Adaptación y nuevas versiones. Em Porns & Anguera (Eds.), *Aportaciones a la evaluación psicológica*, 161-174. Barcelona: PPU
- Moreno, B. e Peñacoba, C. (1996). El estrés asistencial en los servicios de salud. Em Simón (Eds.), *Manual de Psicología de la Salud. Fundamentos, Metodología y Aplicaciones*, 739-761. Madrid: Biblioteca Nueva.
- Moreno, B. e Rigueiro, F. (1997). El síndrome de burnout: un modelo estrutural en profesores de enseñanza secundaria. Poster presentado en el I Congreso de la Asociación Española de Psicología Clínica y Psicopatología. Madrid.
- Moreno, B., Garrosa, E. e González, J. (2000). El desgaste profesional de enfermería. Desarrollo y validación factorial del CDPE. *Archivos de Prevención de Riesgos Laborales*, 3(1), 18-28.
- Morgan, G. (1996). *Imagens da Organização*. São Paulo: Atlas.
- Morse, J., Solberg, S., Neander, W., Bottorff, J. e Johnson, J. (1990). Concepts of caring and caring as a concept. *Advances in Nursing Science*, 13, 1-14.
- Motta, F. (1997). Cultura e organizações no Brasil. Em Motta & Caldas, *Cultura organizacional e cultura brasileira*. São Paulo: Atlas.
- Murphy, N., Canales, M., Norton, S. e DeFilippis, J. (2005). Striving for Congruence: The Interconnection Between Values, Practice, and Political Action. *Policy, Politics & Nursing Practice*, 6(1), 20-29.

- Nagy, S. e Davis, L. (1985). Burnout: A comparative analysis of personality and environmental variables. *Psychological Reports*, 57(3), 1319-1326.
- Nagy, S. e Nagy, M. (1992). Longitudinal examination of teachers burnout in a school district. *Psychological Reports*, 71(2), 523-531.
- Newman, B. e Fawcett, J. (2002). *The Newman System Model*. Prentice Hall (Eds).
- Ng, S. (1982). Choosing between the ranking and rating procedures for the comparison of values across cultures. *European Journal of Psychology*, 12, 169-172.
- Nord, W., Brief, A., Atieh, J. e Doherty, E. (1988). Work values and the conduct of organizational behavior. *Research in Organizational Behavior*, 10, 1-42.
- Nowack, K. (1986). Type A, hardiness, and psychological distress. *Journal of Behavioural Medicine*, 9(6), 537-548.
- Nursing and Midwifery Council – NMC (2005). *Consultation on a framework for the standard for post registration nursing*. London: NMC.
- O'Connor, J. e Kinnane, J. (1961). A factor analysis of work values. *Journal of Counseling Psychology*, 8, 263-267.
- O'Reilly, C., Chatman, J., Caldwell, D. (1991). People and organizational culture: a profile comparison approach to assessing person-organization fit. *Academy of Management Journal*, 34, 487-516.
- Ogus, E. (1992). Burnout and coping strategies. A comparative study of ward nurses. *Journal of Social Behavior and Personality*, 7(1), 111-124.
- Oishi, S., Schimmack, U., Diener, E. e Suh, E., (1998). The measurement of values and individualism and collectivism. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 24, 1177-1189.
- Olabarriá, B. (1995). El síndrome de “burnout” (“quemado”) o del cuidador descuidado. *Ansiedad y Estrés*, 1(2-3), 189-194.
- Oliver, C., Pastor, J., Aragoneses, A. e Moreno, B. (1990). Una teoría y una medida de estrés laboral asistencial. Comunicación presentada al II Congreso del Colegio Oficial de Psicólogos, Valencia.

- Olmeda, M., García, I. e Morante, L. (1998). Burnout en profesionales de Salud Mental. *Anales de Psiquiatría*, 14(2), 48-55.
- Organização Mundial de Saúde – OMS (1995). *Global Strategy on occupational health for all*. Genova: OMS
- Oswin, M. (1978). *Children living in long stay hospitals*. London: Heinemann.
- Paéz, D. e Zubieta, E. (2001). Descripciones de las culturas, indicadores psicológicos y macrosociales comparados com las posiciones en valores de las naciones. Em Ros & Gouveia (Eds.), *Psicologia social de los valores humanos: Desarrollos teóricos, metodológicos y aplicados*. Madrid: Biblioteca Nueva
- Paéz, D., Fernández, I., Basabe, N. e Grad, H. (2001). Valores culturales y motivación: creencias de auto-concepto de Singelis, actitudes de competición de Triandis, control emocional e individualismo-colectivismo vertical-horizontal [online]. *R.E.M.E. (Revista Electrónica de Motivación e Emoção)*, 4, 8-9. Retirado em 3 de Janeiro de 2002 de World Wide Web: <http://reme.uji.es/articulos/apaezd8062112101/texto.html>.
- Paéz, D., Fernández, I., Basabe, N., e Grad, H. (2002). Valores culturales y motivación: creencias de auto-concepto de Singelis, actitudes de competición de Triandis, control emocional e individualismo-colectivismo vertical-horizontal. *Revista Española de Motivación y Emoción*, 3, 169-195.
- Paine, W. (1982). The burnout syndrome in context. Em Jones (Eds.), *The burnout syndrome: Current research, theory, interventions*, 1-29. Park Ridge, Illinois: London House Press.
- Papadatou, D., Anagnostopoulos, F. e Monos, D. (1994). Factors contributing to the development of burnout in oncology nursing. *British Journal of Medical Psychology*, 67, 187-199.
- Parker, M. (1994). Living nursing's values in nursing practice. Em Gaut & Boykin (Eds.), *Caring as healing: Renewal through hope*, 48-65. New York: National League for Nursing Press.
- Parsons, T. (1951). *Toward a General Theory of Action*. Cambridge, Massachusetts: Harvard University Press.

- Patterson, M., Payne, R. e West, M. (1996). Collective climates: A test of their socio-psychological significance. *Academy of Management Journal*, 39, 1675-1691.
- Pegueró, E. (2002). Estudi qualitatiu per identificar els valors ètics predominants entre els treballadors de l'ICS. Tesina de licenciatura. Universitat Autònoma de Barcelona.
- Peplau, H. (1984). Les soins infirmiers en psychiatrie. *Soins*, 440, 17-27.
- Perlman, B. e Hartman, E. (1982). Burnout: Summary and future research. *Human Relations*, 35(4), 283-305.
- Pestana, M. e Gageiro, J. (1998). *Análise de dados para ciências sociais. A complementaridade do SPSS*. Lisboa: Edições Sílabo.
- Peter, E. (2004). Commentary: Who Will Define The Values? *Nursing Leadership*, 17(3), 39-40
- Petit, F. (1988). *Introduction à la psychosociologie des organisations*. Paris: Privat.
- Piedmont, R. (1993). A longitudinal analysis of burnout in the health care setting: The role of personal dispositions. *Journal of Personality Assessment*, 61(3), 457-473.
- Pines, A. (1983). On burnout and the buffering effects of social support. Em Farber (Eds.), *Stress and burnout in the human services professions*, 155-174. New York: Pergamon Press.
- Pines, A. (1993). Burnout: An existential perspective. Em Schaufeli, Maslach & Marek (Eds.), *Professional burnout: Recent developments in theory and research*, 33-51. London: Taylor & Francis.
- Pines, A. (1996). *Couple burnout: Causes and cures*. London: Routledge.
- Pines, A. e Aronson, E. (1988). *Career burnout. Causes and cures*. New York: Free Press.
- Pines, A. e Guendelman, S. (1995). Exploring the relevance of burnout to mexican blue collar women. *Journal of Vocational Behavior*, 47, 1-20.
- Pines, A. e Kafry, D. (1978). Coping with burnout. Paper presented at the Annual Convention of the American Psychology Association. Toronto.

- Pines, A. e Kafry, D. (1981). The experience of life tedium in three generations of professional women. *Sex Roles*, 7, 117-134.
- Pines, A. e Kafry, D. (1982). Coping with burnout. Em Jones (Eds.), *The burnout syndrome: Current research, theory, interventions*, 139-150. Park Ridge, Illinois: London House Press.
- Pines, A., Aronson, E. e Kafry, D. (1981). Burnout: From tedium to personal growth. Em Cherniss (Eds.), *Staff burnout: Job stress in the human services*. New York: Free Press.
- Pinheiro, R. (2000). As práticas do cotidiano na relação oferta e demanda dos serviços de saúde: um campo de estudo e construção da integralidade. Em Pinheiro & Mattos (Eds.). *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde*, 65-112. Rio de Janeiro: Universidade Estadual do Rio de Janeiro.
- Porto, J. e Tamayo, A. (2003). Estrutura dos valores pessoais: a relação entre valores gerais e laborais. *Psicologia, Teoria e Pesquisa* [online]. 23 (1), 63-70. Retirado em 1 de outubro de 2006 de World Wide Web: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sciarttext&pid=S010237722007000100008&lng=pt&nrm=iso>.
- Potter, P. e Perry, A. (2001). *Soins infirmiers*. Paris: Tombe (Eds).
- Pretorius, T. (1993). Commitment, participation in decision-making and social support: Direct and moderating effects on the stress-burnout relationship within an educational setting. *South African Journal of Psychology*, 23(1), 10-14.
- Price, D. e Murphy, P. (1984). Staff burnout in the perspective of grief theory. *Death Education*, 8(1), 47-58.
- Priester, R. (1995). A values framework for health system reform. *Health Affairs*, 11, 84-107.
- Priester, R. (1997). Does managed care offer value to society? *Managed Care Quarterly*, 5(1), 57-63.
- Project de Formation Infirmière Intégrée – PFII (2000). Rapport du comité des spécialistes soumis au comité directeur sur la formation infirmière intégrée.
- Pronost, A. (2001). La prévention du burn-out et ses incidences sur les stratégies de coping. *Recherche en soins infirmiers*, 67, 121-131.

- Provencher, H. e Fawcett, J. (2001). Les Sciences infirmières: Une structure épistémologique. Em Goulet & Dallaire (Eds.), *Les soins infirmiers vers de nouvelles perspectives*, 315-336. Boucherville, Québec: Gaëtan Morin Éditeur.
- Queirós, P. (2005). Burnout no trabalho e conjugal nos enfermeiros e o clima organizacional. *Revista Investigação em Enfermagem*, 11, 3-15.
- Quick, J, Quick, J. e Nelson, (1998). The theory of preventive stress management in organizations. Em Cooper (Eds), *Theories of organizational stress*. New York: Oxford University Press.
- Quinn, R. (1988). *Beyond Rational Management: Mastering the Paradoxes and Competing Demands of high Performance*. Jossey-Bass, San Francisco.
- Quintard, B. (2001). Le concept de stress et ses methods d'évaluation. *Recherche en soins infirmiers*, 67, 46-67.
- Rando, T. (1984). *Grief, dying and death: clinical interventions for caregivers*. Champaign: Research Press.
- Rapoport, R. (1970). Three Dilemmas in Action Research: With Special Reference to the Tavistock Experience. *Human Relations*, 23,499-513.
- Ravlin, E. e Meglino, B. (1989). The transitivity of work values: hierarchical preference ordering of socially desirable stimuli. *Organizational Behavior and Human Decision Processes*, 44, 494-508.
- Ravlin, E. e Meglino, B. (1989). Transitivity of work values: Hierarchical performance ordering socially desirable stimuli. *Organizational Behaviour and Human Decision Process*. 44, 508.
- Reilly, N. (1994). Exploring a paradox : Commitment as a moderator of the stressor burnout relationship. *Journal of Applied Social Psychology*, 24(5), 397-414.
- Revicki, D. e May, H. (1983). Development and validation of the Physician Stress Inventory. *Family Practice Research Journal*, 2(4), 211-225.
- Revicki, D., May, H. e Whitley, T. (1991). Reliability and validity of the work-related strain inventory among health professionals. *Behavioural Medicine*, 111-120.
- Ribeiro, J. (1999). *Investigação e avaliação em psicologia e saúde*. Lisboa: Climepsi.

- Ribeiro, L. (1998). Valores e desenvolvimento em enfermagem ou de como dar lugar à Ética. *Pensar Enfermagem*, 1 (2), 4-10.
- Rich, V. e Rich, A. (1987). Personality hardiness and burnout in female staff nurses. *Journal of Nursing Scholarship*, 19 (2), 63-66.
- Rijk, A., Le Blanc, P., Schawfeli, W. e De Jonge, J. (1998). Active coping and need for control as moderators of the job demand- control model: Effects on burnout. *Journal of Occupational and Organizational Psychology*, 71 (1), 1-19.
- Roach, B. (1994). *Health Care Supervision*. Ottawa: Aspen Publishers.
- Roach, S. (1993). *The human act of caring*. Ottawa: Canadian Hospital Association Press.
- Robayo-Tamayo, M. (1997). *Relação entre a Síndrome de Burnout e os valores organizacionais no pessoal de enfermagem de dois hospitais públicos*. Dissertação de Mestrado não-publicada, Curso de Mestrado em Psicologia Social e do Trabalho, Universidade de Brasília. Brasília.
- Roberts, C. (1986). Burnout: Psychoable, or a valuable concept? *British Journal of Hospital Medicine*, 36, 194-197.
- Roe, R. e Ester, P. (1999). Values and work: Empirical findings and theoretical perspective. *Applied Psychology: An International Review*, 48, 1-21.
- Rogers, M. (1989). Creating a climate for the implementation of a nursing conceptual framework. *Journal of Continuing Education in Nursing*, 20, 112-116.
- Rohan, M. (2000). A rose by any name? The values construct. *Personality and Social Psychology Review*, 4, 255-277.
- Rokeach, M. (1968). *Beliefs, attitudes, and values*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Rokeach, M. (1973). *The nature of human values*. New York: Free Press.
- Rokeach, M. (1979). *Understanding human values*. New York: Free Press.
- Ros, M. e Gouveia, V. (2001). *Psicología social de los valores humanos. Desarrollos teóricos, metodológicos y aplicados*. Madrid: Biblioteca Nueva.

- Ros, M., Schwartz, S. e Surkiss, S. (1999). Basic individual values, work values, and meaning of work. *Applied Psychology: An International Review*, 48, 49-71.
- Ross, E. (1993). Preventing burnout among social workers employed in the fields of AIDS/HIV. *Social Work in Health Care*, 18(2), 91-108.
- Rosseau, D. (1990). Quantitative assessment of organizational culture: the case for multiple measures. Em Schneider (Eds.), *Frontiers in Industrial and Organizational Psychology*, 3, 153-192. San Francisco: Jossey-Bass.
- Rothbaum, F., Weisz, J. e Snyder, S. (1982). Changing the world and changing the self: a two process model of perceived control. *Journal of Personality and Social Psychology*, 42, 5-37.
- Roy, C. (1986). *Introduction aux soins infirmiers: un modèle de l'adaptation*. Chicoutimi e Morin (Eds).
- Ruiz, C. e Rios, F. (2004). El burnout o síndrome de estar quemado en los profesionales sanitarios: Revisión y perspectivas. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 4(1), 137-160.
- Ryerson, D. e Marks, N. (1982). Career burnout in the human services: Strategies for intervention. Em Jones (Eds.), *The burnout syndrome: Current research, theory, interventions*, 151-164. Park Ridge, Illinois: London House Press.
- Sackmann, S. (1992). Culture and Subcultures: an analysis of organizational knowledge. *Administrative Science Quartely*, 37, 140-161.
- Sagie, A. e Koslowsky, M. (1998). Extra and intra-organizational work values and behavior: A multiple level model. Em Cooper & Rosseau (Eds.), *Trends in Organizational Behavior*, 155-174. New York: Wiley.
- Sagie, A.; Elizur, D. e Koslowsky, M. (1996). Work Values: A Theoretical Overview and a Model of Their Effects. *Journal of Organizational Behavior*, 17, 503-514.
- Sagiv, L. e Schwartz, S. (2000). Value priorities and subjective well-being: direct relations and congruity effects. *European Journal of Social Psychology*, 30, 177-198.
- Samuel, Y. e Lewin-Epstein, N. (1979). The occupational situs as a predictor of work values. *American Journal of Sociology*, 85, 625-639.

- Sandoval, J. (1993). Personality and burnout school psychologists. *Psychology in the Schools*, 30(4), 321-326.
- Sarason, I., Levine, H., Basham, R., e Sarason, B. (1983). Assessing social support: The Social Support Questionnaire. *Journal of Personality and Social Psychology*, 44, 127-139.
- Sarros, J. (1988). School administrators write about burnout: Individual and organizational implications. *British Educational Research Journal*, 14(2), 175-190.
- Sarros, J. e Friesen, D. (1987). The etiology of administrator burnout. *The Alberta Journal of Educational Research*, 33(3), 163-179.
- Sauvé, J. e Paquette-Desjardins, D. (2002). *La collecte de données : explorer et comprendre la situation de santé avec le client / famille*. McGraw-Hill (Eds.).
- Scalzi, C. e Nazary, P., (1989). Value conflicts in nursing administration, Em Henry, Arndt, Di Vincenti & Marriner-Tomey (Eds.), *Dimensions of nursing administration: theory, research, education, practice*, 583-589. Cambridge, Massachusetts: Blackwell Scientific Publications.
- Schank, M. e Weis, D. (2001). Service and education share responsibility for nurses' value development. *Journal for Nurses in Staff Development*, 17, 226-233.
- Schank, M., Weis, D. e Ancona, J. (1996). Reflecting professional values in the philosophy of nursing. *Journal of Nursing Administration*, 26, 55-60.
- Schaufeli, W. e Bakker, A. (2004). Job demands, job resources and their relationship with burnout and engagement. A multi-sample study. *Journal of Organizational Behaviour*, 25, 293-315.
- Schaufeli, W. e Enzmann, D. (1998). *The burnout companion to study & practice: A critical analysis*. Philadelphia: Taylor & Francis.
- Schein, E. (1985). *Organizational culture and leadership: a dynamic view*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Schein, E. (1990). Organizational Culture. *American Psychologist*, 45, 109-119.
- Schein, E. (1992). *Organizational culture and leadership*. San Francisco: Jossey-Bass.

- Schein, E. (2000). Commentaries: Sense and nonsense about culture and climate. Em Ashkanasy, Wilderom & Peterson (Eds), *Handbook of Organizational Culture and Climate*. Thousand Oaks: Sage.
- Schmitz, N., Neumann, W. e Oppermann, R. (2000). Stress, burnout and locus of control in German nurses. *International Journal of Nursing Studies*, 37, 95-99.
- Schoenhofer, S. (1989). Love, beauty and truth: Fundamental nursing values. *Journal of Nursing Education*, 28, 282-284.
- Schwab, R., Jackson, S. e Schuler, R. (1986). Educator burnout: Sources and consequences. *Educational Research Quarterly*, 10(3), 14-30.
- Schwartz, J., Stone, A. (1993). Coping with daily work problems. Contributions of problem content, appraisals, and personal factors. *Work & Stress*, 1, 155-162.
- Schwartz, S. (1990). Individualism-collectivism: critique and proposed refinements. *Journal of Cross-Cultural Psychology*, 21, 139-157.
- Schwartz, S. (1992). Universals in the content and structure of values: theoretical advances and empirical test in 20 countries. Em Zanna (Eds), *Advances in experimental social psychology*, 25, 1-65. London: Academic.
- Schwartz, S. (1994a). Are there universal aspects in the structure and contents of human values? *Journal of Social Issues*, 50, 19-45.
- Schwartz, S. (1994b). Beyond individualism / collectivism: New cultural dimensions of values. Em Kim, Triandis, Kagitcibasi, Choi & Yoon (Eds). *Individualism and collectivism: Theory, method and applications*. Thousand Oaks: Sage Publications.
- Schwartz, S. (1996). Value priorities and behavior: Applying a theory of integrated value systems. Em Seligman, Olson & Zanna (Orgs.), *The psychology of values: The Ontario Symposium*, 8, 1-24. Mahwah: LEA.
- Schwartz, S. (1999). A theory of cultural values and some implications for work. *Applied Psychology: An International Review*, 48 (1), 23-47.
- Schwartz, S. e Bilsky, W. (1987). Toward a Universal Psychological Structure of Human Values. *Journal of Personality and Social Psychology*, 53(3), 550-562.

- Schwartz, S. e Ros, M. (1995). Values in the west: A theoretical and empirical challenge to the individualism-collectivism cultural dimension. *World Psychology*, 1, 91-122.
- Schwartz, S. e Sagiv, L. (1995). Value priorities and readiness for out-group social contact. *Journal of Personality & Social Psychology*, 69 (3), 437-448.
- Schwartz, S., e Bilsky, W. (1990). Toward a Theory of the Universal Content and Structure of Values: Extensions and Cross Cultural Replications. *Journal of Personality and Social Psychology*, 58(5), 878-891.
- Schwartz, S., Verkasako, M., Antonovsky, A. e Sagiv, L. (1997). Value priorities and social desirability: much substance, some style. *British Journal of Social Psychology*, 36, 3-18.
- Schwartzmann, L. (2004). Estrés Laboral, Síndrome de Desgaste (quemado), Depresión: Estamos Hablando de lo Mismo. *Ciencia & Trabajo*, 6(14), 174-184.
- Scott, W. (1995). *Institutions and organizations. Foundations for organizational Science*. Sage Publications (Eds.).
- Scotto, C. (2003). A new view of caring. *Journal of Nursing Education*, 42 (7), 289-291.
- Sears, S., Urizar, G. e Evans, G. (2000). Examining a stress-coping model of burnout and depression in extension agents. *Journal of Occupational Health Psychology*, 5(1), 56-62.
- Sego, D., Hui, C. e Law, K. (1997). Operationalizing cultural values as the mean of individual values. Problems and suggestions for research. Em Earley & Erez (Eds.), *New perspectives on international industrial/organizational psychology*, 148-159. San Francisco: The New Lexington Press.
- Seidman, S. e Zager, J. (1986). The Teacher Burnout Scale. *Educational Research Quarterly*, 11(1), 26-33.
- Seidman, S. e Zager, J. (1991). A study of coping behaviours and teacher burnout. *Work and Stress*, 5(3), 205-216.
- Serra, A. (2002). *O stress na vida de todos os dias*. Coimbra: Editora.
- Seyle, H. (1976). *Stress in health and disease*. London: Butterworths.

- Shapiro, J., Burkey, W., Dorman, R. e Welker, C. (1996). Job satisfaction and burnout in child abuse professionals: Measure development, factor analysis and job characteristics. *Journal of Child Sexual Abuse*, 5 (3), 21-38.
- Sherman, D. (2004). Nurses` Stress & Burnout: how to care for yourself when caring for patients and their families experiencing life-threatening illness. *American Journal of Nursing*, 104 (5), 48-56.
- Shirom, A. (1989). Burnout in work organization. Em Cooper & Robertson (Eds.), *Internacional Review of Industrial and Organizacional Psychology*, 143-153. New York: John Wiley and Sons.
- Shiron, A. (1989). Burnout in work organizations. Em Cooper & Robertson (Eds.). *International Review of Industrial and Organizational Psychology*, 25-48. New York: Wiley & Sons.
- Shweder, R. (1991). *The astonishment of anthropology. Introduction to Thinking through Cultures: Explorations in Cultural Psychology*. Cambridge, Massachusetts: Harvard University Press.
- Silva, E. (2005). Stress e estratégias de coping em enfermeiros. *Revista Investigação em Enfermagem*, 11, 46-53.
- Silva, M. (1990). *Ethical decision making in nursing administration*. Norwalk: Appleton & Lange.
- Silverstein, R. (1986). *How experienced psychotherapists cope with burnout at a state mental hospital*. Carbondale: South Illinois University.
- Sivberg, B. e Petersson, K. (1997). Sel-Image, Self-Values and Interpersonal Values Among Newly Graduated Nurses. *Nursing Ethics*, 4(5), 407-423.
- Skinner, B. (1989). *Ciência e comportamento humano*. Editora: Martins Fontes.
- Smircich, L. (1983). Organizations as Shared Meanings. Em Pondy, Frost, Morgan & Dandridge (Eds.), *Organizational Symbolism*. Greenwich: JAI Press
- Smith, D. e Tziner, A. (1998). Moderating effects of affective disposition and social support on the relationship between person-environment fit and strain. *Psychological Reports*, 82, 963-983.

- Smith, M. (1963). Personal values in the study of lives. Em White (Eds), *The Study of Lives*. New York: Atherton
- Smith, N. (1986). Toward a cognitive-affective model of athletic burnout. *Journal of Sport Psychology*, 8(1), 36-50.
- Smith, N. e Nelson, V. (1983). Burnout: A survey of academic reference librarians. *College and Research Libraries*, 44(3), 245-250.
- Smith, N., Birch, N. e Marchant, M. (1984). Stress, distress, and burnout: A survey of public reference librarians. *Public Libraries*, 83-85.
- Smith, N., Bybee, H. e Raish, M. (1988). Burnout and the library administrator: Carrier on cure. *Journal of Library Administration*, 9(2), 13-21.
- Smith, N., Watstein, S. e Wuehler, A. (1986). *Burnout and social interest in librarians and library school students*. Emporia State: University of Kansas.
- Smith, P. e Schwartz, S. (1997). Values. Em Berry, Kagitcibasi & Segall (Eds.), *Handbook of cross-cultural psychology*, 3, 77-119. Boston: Allyn & Bacon.
- Söderfeldt, M., Söderfeldt, B., Warg, L. (1995). Burnout in social work. *Social Works*, 5, 638-645.
- Sousa, M. (1996). Portugal espaço em mudança- que realidades para a enfermagem. *Enfermagem em foco*, (22): pp.24-26.
- Spangler, Z. (1992). Transcultural care values and nursing practices of Philippine-American nurses. *Journal of Transcultural Nursing*, 3, 28-37.
- Spates, J. (1983). The sociology of values. *Annual Review of Sociology*, 9, 27-49.
- Srour, R. (1998). *Poder, cultura e ética nas organizações*. Rio de Janeiro: Campus.
- Starrin, B., Larsson, G. e Styrborn, S. (1990). A review and critique of psychological approaches to the burnout phenomenon. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 4(2), 83-91.
- Stephoe, A. e Appels, A. (1989). *Stress, Personal Control and Health*. Chichester: John Wiley & Sons.

- Summers, T., Decotiis, T. e Denisi, A. (1995). A field study of some antecedents and felt consequences of felt jobstress. Em Perrewé & Crandall (Eds.), *Occupational Stress: A handbook*, 113-128. Washington: Taylor & Francis.
- Super, D. (1957). *The psychology of careers*. New York: Harper Row.
- Super, D. (1970). *Work Values Inventory*. Chicago: Riverside.
- Tache, J. (1978). Le stress biologique: implications pour le cancéreux. *Psychologie et Cancers*, 137-140.
- Tamayo, A. (1996). Valores organizacionais. Em Tamayo, Borges-Andrade & Codo (Orgs.). *Trabalho, organizações e cultura*, 157-172. São Paulo: Cooperativa de Autores Associados.
- Tamayo, A. (2000). Prioridades axiológicas e satisfação no trabalho. *Revista de Administração*, 35(2), 37-47.
- Tamayo, A. e De Oliveira, L. (2001). Valores del trabajo y valores de las organizaciones. Em Ros & Gouveia (Coords.), *Psicología Social de los Valores Humanos. Desarrollos teóricos, metodológicos y aplicados*, 326-352. Madrid: Biblioteca Nueva.
- Tamayo, A. e Gondim, M. (1996). Escala de valores organizacionales. *Revista de Administração*, 31(2), 62-72.
- Tamayo, A. e Shwartz, S. (1993). Estrutura motivacional dos valores humanos. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 9, 328-346.
- Tamayo, A. e Troccoli, B. (2002). Exaustão emocional: relações com a percepção de suporte organizacional e com as estratégias de coping no trabalho. *Estudos de Psicologia*, 7, 37-45.
- Tamayo, A., Mendes, A. e Paz, M. (2000). Inventário de Valores Organizacionais. *Estudos de Psicologia*, 5, 289-316.
- Tamayo, M. (1997). Relação entre a síndrome de burnout e os valores organizacionais no pessoal de enfermagem de dois hospitais públicos. Dissertação de Mestrado, Instituto de Psicologia, Universidade de Brasília, Brasília.
- Taris, R. e Feij, J. (2001). Longitudinal examination of the relationship between supplies-values fit and work outcomes. *Applied Psychology: An International Review*, 50, 52-80.

- Taylor, C., Lillis, C. e LeMone, P. (1989). *Fundamentals of Nursing. The Art and Science of Nursing Care*. Lippincott Williams & Wilkins (Eds).
- Taylor, C., Lillis, C. e LeMone, P. (2001). *Instructor's Manual and Testbank to Accompany. Fundamentals of Nursing: The Art and Science of Nursing Care*. Lippincott Williams & Wilkins (Eds).
- Thomas, W. e Znaniecki, F. (1918-1920). *The Polish Peasant in Europe and America*. Vols 1 e 2, Boston: University of Chicago.
- Thompson, C., Beauvais, L. e Lyness, K. (1999). When work-family benefits are not enough: the influence of work-family culture on benefit utilization, organizational attachment, and work-family conflict. *Journal of Vocational Behavior*, 54, 392-415.
- Thompson, M., Page, S. e Cooper, C. (1993). A test of Carver and Scheier's self-control model of stress in exploring burnout among mental health nurses. *Stress Medicine*, 9, 221-235.
- Thorgeresen, J. (1999). Spillover processes in the development of a sustainable consumption pattern. *Journal of Economic Psychology*, 20, 53-81.
- Thurston, H., Flood, M., Shupe, I. e Gerald, K. (1989). Values held by nursing faculty and students in a university settings. *Journal of Professional Nursing*, 5, 199-207.
- Todd, G. (1983). *Inside Primetime*. California: University of California Press
- Tompkins, E. (1993). Nurse and client perceptions of the American association of Colleges of nursing values. *Western Journal of Nursing Research*, 15, 363-372.
- Topf, M. (1989). Personality hardiness, occupational stress, and burnout in critical care nurses. *Research in nursing and health*, 12, 179-186.
- Towsend, M. (2002). *Enfermagem psiquiátrica: conceitos de cuidados*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan
- Towsend, M. (2002). *Enfermagem psiquiátrica: conceitos de cuidados*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
- Triandis, H. (1990). Cross-cultural studies of individualism and collectivism. Em Berman (Eds.), *Nebraska Symposium on Motivation*, 42-133. Lincoln: University of Nebraska Press.

- Triandis, H. (1994). Theoretical and methodological approaches to the study of collectivism and individualism. Em Kim, Triandis, Kagitçibasi, Choi & Yoon (Eds.), *Individualism and collectivism: Theory, method, and applications*, 41-51, Thousand Oaks: Sage Publications.
- Triandis, H. (1995). *Individualism and collectivism*. Boulder, Colorado: Westview Press.
- Triandis, H. (1996). The psychological measurement of cultural syndromes. *American Psychologist*, 51, 407-415.
- Triandis, H. e Gelfand, M. (1998). Converging measurement of horizontal and vertical individualism and collectivism. *Journal of Personality and Social Psychology*, 74, 118-128.
- Trice, H. e Beyer, J. (1984). Studying Organizational Cultures through Rites and Ceremonials. *The Academy of Management Review*, 9(4), 653-669.
- Trice, H. e Beyer, M. (1994). *The culture of work organizational*. New Jersey: Prentice-Hall.
- Tuck, I., Harris, L. e Baliko, B. (2000). Nursing care. *Journal of Nursing Administration*, 30(4), 180-184.
- Tzeng, H., Ketefian, S. e Redman, R. (2002). Relationship of nurses' assessment of organizational culture, job satisfaction, and patient satisfaction with nursing care. *International Journal of Nursing Studies*, 39, 79-84.
- Usprung, A. (1986). Burnout in the human services: A review of the literature. *Rehabilitation Counseling Bulletin*, 29(3), 190-199.
- Vachon, M. (1995). Staff stress in hospice / palliative care: a review. *Palliative Medicine*, 9(2), pp 91-122.
- Vachon, M. (1998). Caring for the caregiver in oncology and palliative care. *Seminars in Oncology Nursing*, 14(2), 152-157.
- Vachon, M. (1999). Reflections of the history of occupational stress in hospice / palliative care. *Hospice Journal*, 14(3-4), 229-246.
- Vachon, M. (2000). Burnout and symptoms of stress in staff work in palliative care. Em Chochinov & Breitbart (Eds.). *Handbook of psychiatry in palliative medicine*, 303-319. New York: Oxford.

- Vachon, M. (2001). The nurse's role: the world of palliative care nursing. Em Ferrell & Coyle (Eds.). *The textbook of palliative nursing*, 647-662, New York: Oxford.
- Van den Broeck, H., Vanderhey, K. e Cools, E. (2003). Linking cognitive styles and values. *Working paper series Vlerick Leuven Gent Management School*, 9.
- Van Maanen, J. (1975). Police socialization. *Administrative Science Quarterly*, 32, 207-228.
- Van Servellen, G. Topf, M. e Leake, B. (1994). Personality hardiness, work-related stress, and health in hospital nurses. *Hospital Topics*, 72(2),34-39.
- Van Staa, A., Visser, A. e Zouwe, N. (2000). Caring for caregivers: experiences and evaluation of interventions for a palliative care team. *Patient Education and Counseling*, 4(1),93-105.
- Verplanken, B. (2004). Value congruence and job satisfaction among nurses: A human relations perspective. *International Journal of Nursing Studies*, 41, 599-605.
- Verplanken, B. e Holland, R. (2002). Motivated decision making: Effects of activation and self-centrality of values on choices and behavior. *Journal of Personality and Social Psychology*, 82, 434-447.
- Vidal, J. (1993). *Estrés y psicopatología*. Madrid: Pirâmide
- Wade, D., Cooley, E. e Savicki, V. (1986). A longitudinal study of burnout. *Children and Youth Services Review*, 8(2), 161-173.
- Walker, G. (1986). Burnout: From metaphor to ideology. *Canadian Journal of Sociology*, 11(1), 35.
- Wallace, J. e Brinkerhoff, M. (1991). The measurement of burnout revisited. *Journal of Social Service Research*, 14(1-2), 85-111.
- Watson, D. e Clark, I. (1984). Affectivity: the disposition to experience aversive emotional states. *Psychological Bulletin*, 96, 465-490.
- Watson, J. (1988). *Nursing: human science and human care. A theory of nursing*. New York: Natinal League for Nursing.
- Weis, D. (1995). Challenging our values: directing health care forum. *Nursing Policy Forum*, 1, 22-26.

- Weis, D. e Schank, M. (2000). An Instrument to Measure Professional Nursing Values. *Journal of Nursing Scholarship*, 32, 201-204.
- Weis, D. e Schank, M. (2002). Professional values: key to professional development. *Journal of Professional Nursing*, 18, 271-275.
- Weis, D., Schank, M., Eddy, D. e Elfrink, V. (1993). Professional values in baccalaureate nursing education. *Journal of Professional Nursing*, 9, 336-342.
- Westfall, U. (1987). Standard of practice: nursing values made visible. *Journal of Nursing Quarterly Assurance*, 1, 21-30.
- Wethington, E., Brown, G. e Kessler, R. (1997). *Interview Measurement of Stressful Life Events. A guide for health and social scientists*. New York: Oxford University Press.
- Williams, C. (1989). Empathy and burnout in male and female helping professionals. *Research in Nursing and Health*, 12(3), 169-178.
- Williams, R. (1967). *The concept of Values*. Em Shills (Eds.), *International Encyclopedia of the Social Sciences*, 16, 283-287. New York: Macmillan and The Free Press.
- Wilson, D. e Chiwakata, L. (1989). Locus of control and burnout among nurses in Zimbabwe. *Psychological Reports*, 65(2), 426.
- Winnubst, J. (1993). Organizational structure, social support, and burnout. Em Schaufeli, Maslach & Marek (Eds.), *Professional burnout: Recent developments in theory and research*, 151-162. London: Taylor & Francis.
- Wisniewski, L. e Gargiulo, R. (1997). Occupational stress and burnout among special educators: a review of the literature. *The Journal of Special Education*, 31, 3, 325-349.
- Wolpin, J., Burke, R. e Greenglass, E. (1991). Is job satisfaction an antecedent or a consequence of psychology burnout? *Human Relations*, 44(2), 193-209.
- Wright, S. (2000). Look for the healer inside yourself. *Nursing Standard*, 15(6), 22-23.
- Wright, T. e Cropanzano, R. (1998). Emotional exhaustion as a predictor of job performance and voluntary turnover. *Journal of Applied Psychology*, 83(3), 486-493.

- Yancik, R. (1984). Coping with hospice work stress. *Journal of Psychosociology Oncology*, 2(2), 19-35.
- Yaniv, G. (1995). Burnout, absenteeism, and the overtime decision. *Journal of Economic Psychology*, 16, 297-309.
- Young, J., Beck, A. e Weinberger, A. (1999). Depressão. Em Barlow (Org.), *Manual clínico dos transtornos psicológicos*, 273-312. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Yura, H., Ozimek, D. e Walsh, H. (1976). *Nursing Leadership: Theory and Process*. New York: Appleton-Century-Crofts.
- Zajonc, R. (1980). Feeling and thinking: Preferences need no inferences. *American Psychologist*, 35, 151-175.
- Zellars, K., Perrewé, P. e Hochwater, W. (2000). Burnout in health care: The role of the five factors of personality. *Journal of Applied Social Psychology*, 30(8), 1570-1598.
- Zellars, K., Perrewé, P. (2001). Affective personality and the content of emotional social support: Coping in organizations. *Journal of Applied Psychology*, 86(3), 459-467.
- Zerwekh, J. (1993). Transcending life: the practice wisdom of nursing hospice experts. *Journal of Hospital Palliative Care*, 10(5), 26-31.
- Zurriaga, R. e Luque, O. (1995). *Formación en psicología social para non psicólogos*. València: N.A.U. llibres.

ANEXOS

Anexo I – Inquérito aplicado para a recolha dos dados

Relação dos valores com o burnout em enfermagem

Chamo-me Vitor Soares, sou psicólogo, e estes inquéritos fazem parte da investigação que estou a desenvolver no âmbito do meu doutoramento, que tem basicamente por objectivos quer a identificação dos valores que são importantes na vida dos profissionais de enfermagem e o seu carácter preditivo sobre o burnout, quer a compreensão de alguns dos stressores implícitos no exercício da actividade.

Todos os dados recolhidos são totalmente CONFIDENCIAIS

Obrigado pela sua colaboração,

Vitor Soares

INSTRUÇÕES

ESCALA DE VALORES PARA O TRABALHO (EVAT30)

Os seguintes enunciados descrevem brevemente as **características de distintos empregados**, a sua tarefa consiste em classificar o quanto se parece cada um deles com você, marcando uma X (cruz) no quadrado da direita que melhor descreva a parecença. Considere o TRABALHO EM GERAL, e não apenas a sua situação actual.

INVENTÁRIO DE BURNOUT DE MASLACH (MBI)

Responda às frases indicando a frequência com que experimenta cada um dos sentimentos.

QUESTIONÁRIOS DE DADOS PESSOAIS E PROFISSIONAIS

Assinale apenas a informação que lhe diz respeito sem esquecer nenhum item

ESCALA DE VALORES PARA O TRABALHO (EVAT30)

(Arciniega e González)

Não se parece em nada comigo	Parece-se muito pouco comigo	Parece-se um pouco comigo	Parece-se comigo	Parece-se razoavelmente comigo	Parece-se muito comigo	Parece-se totalmente comigo
1	2	3	4	5	6	7

	1	2	3	4	5	6	7
1. Prefere trabalhar sempre só, não gosta de tomar decisões juntamente com outras pessoas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Ter dinheiro para cobrir os seus gastos e os da sua família, é a sua principal preocupação.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Ajuda sempre os outros empregados, mesmo sem conhecê-los.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Ele (ela) gosta de dirigir as pessoas, gosta que os outros façam o que ele (ela) quer que façam.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Para ele (ela), é muito importante o bem-estar da gente que integra a sua equipa de trabalho.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. Ele (ela) procura sempre sobressair e ter êxito frente aos demais.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. Não gosta de fazer coisas que outros não façam, guia-se sempre pelo que os outros fazem.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. Para ele (ela), um bom horário e um lugar próximo e cómodo são factores muito importantes que deve ter um trabalho.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. É inimigo da monotonia, procura sempre novas actividades ou projectos para dar variedade ao seu trabalho.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. Segue sempre as regras e os procedimentos no seu trabalho, tal como se fosse um relógio.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11. Ele (ela), é um(a) empregado(a) inquieto(a), está sempre à procura de novas formas para fazer melhor o seu trabalho, é um(a) perfeccionista.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12. A sua integridade física e o não prejudicar a sua saúde, são factores muito importantes para ele (ela) num trabalho.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13. O progresso do país e o bem-estar de toda a gente é muito importante para ele (ela).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14. Manter uma imagem de superioridade perante os demais, é a sua principal preocupação.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15. Para ele (ela) é muito importante ganhar-se a confiança dos seus companheiros de trabalho, sendo-lhes leal e honesto(a).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
16. Ele (ela) procura sempre ser exemplo para os demais empregados.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
17. Respeitar os costumes e as tradições que se seguem no seu trabalho, é muito importante para ele (ela).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
18. Dá-lhe prazer trabalhar, ter uma actividade que preencha a sua vida é muito importante para ele (ela).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
19. É um(a) empregado(a) muito activo(a), contagia energia só vê-lo.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
20. Ele (ela) é um empregado (a) que nunca perde o controlo sobre os seus impulsos.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
21. Ele (ela), está sempre preocupado(a) em actualizar-se, seja lendo ou assistindo a cursos, com a finalidade de ser um empregado(a) eficiente.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
22. É muito importante para ele (ela) sentir-se parte da sua equipa de trabalho e/ou empresa, e saber que cuidam de si.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
23. Ele (ela) luta sempre para que todos os empregados recebam o mesmo tratamento e oportunidades.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
24. Para ele (ela), adquirir e acumular bens ou serviços caros é muito importante.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
25. Para ele (ela), a lealdade para com a sua empresa e/ou grupo é muito importante.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
26. Para ele (ela) é muito importante que os seus companheiros de trabalho, familiares e amigos reconheçam e valorizem os seus sucessos.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
27. Ele (ela) é muito metódico(a), não gosta de tentar novas formas de fazer as coisas, prefere o que sempre funcionou.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
28. É muito importante para ele (ela), que o seu trabalho lhe permita relacionar-se com muitas pessoas, e estar bem durante todo o dia de trabalho.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
29. Gosta dos desafios no seu trabalho, prefere sempre o que é novo e desconhecido.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
30. No seu trabalho, trata sempre de ser cordial e educado(a) com a gente sem importar a pessoa ou a situação.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

INVENTÁRIO DE BURNOUT DE MASLACH

(Cristina Maslach)

Responda às frases indicando a frequência com que experimentou esse sentimento.

		Nunca	Algumas vezes por ano	Uma vez por mês	Algumas vezes por mês	Uma vez por semana	Algumas vezes por semana	Todos os dias
		0	1	2	3	4	5	6
1.	Sinto-me emocionalmente esgotado pelo meu trabalho	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2.	Sinto-me cansado no final do dia de trabalho	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3.	Sinto-me fatigado quando me levanto pela manhã e tenho de enfrentar outro dia de trabalho	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4.	Compreendo facilmente como se sentem as peessoas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5.	Creio que trato algumas peessoas como se fossem objectos impessoais	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6.	Trabalhar todo o dia com peessoas é um esforço	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7.	Trato muito eficazmente os problemas das peessoas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8.	Sinto-me “queimado” pelo meu trabalho	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9.	Creio que estou a influenciar positivamente as vidas dos outros com o meu trabalho	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10.	Tornei-me mais insensível com a gente desde que exerço esta profissão	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11.	Preocupa-me o facto de este trabalho me estar a endurecer emocionalmente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12.	Sinto-me muito activo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13.	Sinto-me frustrado no meu trabalho	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14.	Creio que estou a trabalhar demasiado	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15.	Não me preocupa realmente o que se passa com algumas peessoas a que presto serviço	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
16.	Trabalhar directamente com peessoas produz-me stress	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
17.	Posso criar facilmente uma atmosfera relaxada com as peessoas a que presto serviço	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
18.	Sinto-me estimulado depois de trabalhar em contacto com as peessoas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
19.	Tenho conseguido muitas coisas úteis na minha profissão	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
20.	Sinto-me acabado	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
21.	No meu trabalho trato os problemas emocionais com muita calma	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
22.	Creio que as peessoas que trato me culpam de alguns dos seus problemas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

QUESTIONÁRIO DE DADOS PESSOAIS					QUESTIONÁRIO DE DADOS PROFISSIONAIS												
NACIONALIDADE	<input type="radio"/>	Portuguesa	<input type="radio"/>	Outra	CATEGORIA PROFISSIONAL												
SEXO	<input type="radio"/>	Homem	<input type="radio"/>	Mulher	<input type="radio"/>	Enfermeiro											
ESTADO CIVIL					<input type="radio"/>	Enfermeiro-Graduado											
					<input type="radio"/>	Enfermeiro-Especialista											
					<input type="radio"/>	Enfermeiro-Chefe											
					<input type="radio"/>	Enfermeiro-Supervisor											
					<input type="radio"/>	Enfermeiro-Director											
					ESPECIALIDADE												
					<input type="radio"/>	Saúde materna e obstetrícia											
NÚMERO DE FILHOS					<input type="radio"/>	Médico-cirúrgica											
					<input type="radio"/>	Reabilitação											
					<input type="radio"/>	Saúde mental e psiquiatria											
					<input type="radio"/>	Saúde infantil e pediatria											
					<input type="radio"/>	Enfermagem Comunitária											
					TEMPO DE SERVIÇO												
IDADE					<input type="radio"/>	Menos de 2 anos											
					<input type="radio"/>	De 2 a 5 anos											
					<input type="radio"/>	De 6 a 10											
					<input type="radio"/>	De 11 a 15 anos											
					<input type="radio"/>	De 16 a 20 anos											
					<input type="radio"/>	De 21 a 25 anos											
					<input type="radio"/>	De 26 a 30 anos											
<input type="radio"/>	Mais de 30 anos																
ESCOLARIDADE					Ordene os stressores abaixo indicados de acordo com a sua intensidade, atribuindo o nº 1 para o mais importante e assim sucessivamente até ao menos importante ao qual deve atribuir o algarismo nº 12.												
<input type="radio"/>	Bacharelato				1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	Relação com as chefias
<input type="radio"/>	Licenciatura				<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Sobrecarga laboral	
<input type="radio"/>	Pós-graduação				<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Lidar com a doença e a morte	
<input type="radio"/>	Mestrado				<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Salário recebido	
<input type="radio"/>	Doutoramento				<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Relação com os colegas de profissão	
NÃO ESCREVA NESTE ESPAÇO					<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Falta de formação	
					<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Relação com o corpo médico
Nº QUESTIONÁRIO					<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Taxa de doentes por enfermeiro(a)	
					<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Apoio ao nível organizacional
					<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Políticas de saúde para a enfermagem	
					<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Relação com os doentes
					<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Pouco tempo para as tarefas	
					<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	

Anexo II – Proposta de uma nova Escala de Valores para o Trabalho

AUTOTRANCENDÊNCIA	
23. Ele (ela) luta sempre para que todos os empregados recebam o mesmo tratamento e oportunidades.	Justiça social – tratamento justo e equitativo em todas as situações
15. Para ele (ela) é muito importante ganhar-se a confiança dos seus companheiros de trabalho, sendo-lhes leal e honesto(a).	Confiança – agir com lealdade junto dos colegas de trabalho
5. Para ele (ela), é muito importante o bem-estar da gente que integra a sua equipa de trabalho.	Harmonia – bem-estar daqueles com que se trabalha
25. Para ele (ela), a lealdade para com a sua empresa e/ou grupo é muito importante.	Compromisso – fidelidade para com as pessoas e organizações em que se trabalha
13. O progresso do país e o bem-estar de toda a gente é muito importante para ele (ela)	Patriotismo – progresso do país e bem-estar geral das pessoas
3. Ajuda sempre os outros empregados, mesmo sem conhecê-los.	Benevolência – ajuda desinteressada
ABERTURA À MUDANÇA	
29. Gosta dos desafios no seu trabalho, prefere sempre o que é novo e desconhecido.	Estimulação – necessidade de um trabalho desafiante
9. É inimigo da monotonia, procura sempre novas actividades ou projectos para dar variedade ao seu trabalho	Variedade – procura sistemática de novas actividades e projectos
21. Ele (ela), está sempre preocupado(a) em actualizar-se, seja lendo ou assistindo a cursos, com a finalidade de ser um empregado(a) eficiente.	Sabedoria – necessidade de actualizar os seus conhecimentos com regularidade
19. É um(a) empregado(a) muito activo(a), contagia energia só vê-lo	Pró-actividade – capacidade de contagiar e mobilizar os outros com a sua energia
11. Ele (ela), é um(a) empregado(a) inquieto(a), está sempre à procura de novas formas para fazer melhor o seu trabalho, é um(a) perfeccionista.	Eficiência – optimização da realização do trabalho
AUTOPROMOÇÃO	
6. Ele (ela) procura sempre sobressair e ter êxito frente aos demais	Êxito – necessidade de sucesso e destaque frente aos outros
14. Manter uma imagem de superioridade perante os demais, é a sua principal preocupação.	Prestígio – preocupação em assegurar uma imagem de superioridade perante os outros
4. Ele (ela) gosta de dirigir as pessoas, gosta que os outros façam o que ele (ela) quer que façam.	Liderança – gosto em influenciar e dirigir as pessoas para fazer o que se quer
24. Para ele (ela), adquirir e acumular bens ou serviços caros é muito importante.	Estatuto social – necessidade de projecção pela aquisição de bens e serviços caros.
CONSERVADORISMO	
27. Ele (ela) é muito metódico(a), não gosta de tentar novas formas de fazer as coisas, prefere o que sempre funcionou.	Rotina – gosto em trabalhar sempre da mesma forma
10. Segue sempre as regras e os procedimentos no seu trabalho, tal como se fosse um relógio	Conformismo normativo – cumprimento escrupuloso das regras e procedimentos do seu trabalho
20. Ele (ela) é um empregado (a) que nunca perde o controlo sobre os seus impulsos.	Moderação – controlo de todos os seus impulsos
7. Não gosta de fazer coisas que outros não façam, guia-se sempre pelo que os outros fazem.	Conformismo social – regula as suas acções pelo que os outros fazem
2. Ter dinheiro para cobrir os seus gastos e os da sua família, é a sua principal preocupação.	Segurança familiar – necessidade de assegurar a sua subsistência e da sua família
12. A sua integridade física e o não prejudicar a sua saúde, são factores muito importantes para ele (ela) num trabalho.	Saúde – preocupação com a sua saúde física e psíquica
17. Respeitar os costumes e as tradições que se seguem no seu trabalho, é muito importante para ele (ela).	Respeito – respeito pela cultura, costumes e tradições laborais